

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE CUIDADO EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PHAMILA DIAS DE FREITAS LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A HANSENÍASE  
E SEU DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BRUMADINHO, MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS  
2019**

**PHAMILA DIAS DE FREITAS LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A HANSENÍASE  
E SEU DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BRUMADINHO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS  
2019**

**PHAMILA DIAS DE FREITAS LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A HANSENÍASE  
E SEU DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BRUMADINHO, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de julho de 2019

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS  
2019**

## RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa considerada um problema de saúde pública, devido ao seu impacto de causar incapacidade física, social e econômica. É causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae* e sua transmissão se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que através das vias aéreas superiores elimina o bacilo para o exterior infectando pessoas suscetíveis. Detectamos em usuários do programa Estratégia Saúde da Família do município de Brumadinho em Minas Gerais considerável número de casos, associado à falta de informação e do diagnóstico precoce e descontinuidade de tratamento, após avaliação por meio do diagnóstico situacional. Desta forma, objetivamos com este estudo elaborar um projeto de intervenção que visa aumentar o conhecimento acerca da hanseníase e a importância do diagnóstico precoce em usuários do programa Estratégia Saúde da Família do município de Brumadinho- MG. O plano de ação educativa foi baseado nos passos Planejamento Estratégico Situacional. A proposta do plano de ação foi decorrente da importância de atuar na prevenção, controle e tratamento dos pacientes com hanseníase, bem como, orientar, esclarecer dúvidas, afastar preconceito na comunidade da Estratégia Saúde Família, Residencial Bela Vista do município de Brumadinho. Concluímos que, através do plano, a equipe pode melhorar o conhecimento e o atendimento a pacientes portadores de hanseníase e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Palavra Chaves: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Hanseníase.

## **ABSTRACT**

Leprosy is an infectious disease considered a public health problem due to its impact of causing physical, social and economic incapacity. It is caused by a bacterium called mycobacterium leprae and is transmitted through a diseased, untreated person, who through the upper airways removes the bacillus from the outside infecting susceptible people. We detected a considerable number of cases in users of the Family Health Strategy program in the city of Brumadinho, Minas Gerais, associated with lack of information and early diagnosis and discontinuation of treatment, after evaluation through situational diagnosis. In this way, we aim with this study to elaborate an intervention project that aims to increase knowledge about leprosy and the importance of early diagnosis in users of the Family Health Strategy program of the municipality of Brumadinho-MG. The educational action plan was based on the steps Strategic Situational Planning. The proposal of the action plan was due to the importance of acting in the prevention, control and treatment of patients with leprosy, as well as to guide, clarify doubts, remove prejudice in the Family Health Strategy community, Residencial Bela Vista in the municipality of Brumadinho. We conclude that through the plan, the team can improve the knowledge and care of patients with leprosy and consequently their quality of life.

Key Words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Leprosy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ESF - Estratégia Saúde da Família
- NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>08</b>
1.1 Aspectos gerais do município.....	08
1.2 Aspectos da comunidade.....	10
1.3 O sistema municipal de saúde.....	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Residencial Bela Vista.....	11
1.5 O funcionamento da Equipe de Saúde da Família, da Unidade Residencial Bela Vista.....	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Residencial Bela Vista.....	12
1.7 O dia a dia da equipe Residencial Bela Vista.....	13
1.8 Primeiro Passo: Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	14
1.9 Segundo Passo- Priorização dos problemas a seleção do problema para plano de intervenção.....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivo Específico.....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
5.1 Estratégia Saúde da Família e Unidade Básica de Saude.....	21
5.2 Breve Contexto Histórico da Hanseníase e Suas Peculiaridades.....	21
5.3 Hanseníase: Uma Avaliação e seu acometimento e o Grau de Incapacidade.....	22
5.4 Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Doença.....	24
<b>6. PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>28</b>
6.1 Passo três: Descrição do problema.....	28
6.2 Passo quatro: explicação do problema.....	28
6.3 Passo cinco: nós críticos.....	29
6.4 Passo seis: Desenho das operações .....	29
6.5 Considerações finais dos nós críticos e desenho das operações.....	33
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A Atenção Básica deve ser a primeira escolha de contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a porta principal de entrada na rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da equidade, da acessibilidade, do vínculo com a população, da continuidade do cuidado, da integralidade da assistência, da responsabilização, da humanização e da participação social. A Atenção Básica considera o indivíduo em seu ambiente e contexto sociocultural, buscando uma atenção integral (BRASIL, 2013).

O presente plano de ação originou-se mediante os atendimentos de saúde prestados pela Estratégia Saúde da Família Residencial Bela Vista do Município de Brumadinho, afim implantar práticas para proporcionar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno da hanseníase na unidade na saúde atuação.

### **1.1 Aspectos gerais do município de Brumadinho**

Brumadinho é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. De acordo com a estimativa do IBGE, sua população em julho de 2017 era de 38. 863 habitantes (IBGE, 2017).

De acordo com IBGE (2018) no ano de 2015, as séries iniciais da rede pública aferiram a média de no IDEB de 6.5 e os alunos dos anos finais a media foi de 5. Por conseguinte, em comparação com outras cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 182 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 191 de 853. Do mesmo modo a taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.4 em 2010. Isso posicionava o município na posição 238 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 1440 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O nome "Brumadinho" deve-se ao fato do local estar próximo à antiga vila de Brumado Velho, que por sua vez teria sido assim denominada pelos bandeirantes por causa das brumas comuns em toda a região montanhosa em que se situa o município, especialmente no período da manhã.

Ainda no município, há uma grande lavra de água mineral, explorada pela empresa Hidrobrás e comercializada sob a marca "Ingá". Segundo o jornal Estado de Minas, "a maior fonte de água mineral do mundo" estaria localizada na serra que



separa os municípios de Brumadinho e Mário Campos.

Além de ser o 8ª maior município minerador de Minas Gerais, com minas da MBR, Mannesmann Vale/Ferteco e Ferrous, Brumadinho é recordista na produção de cachaça artesanal tais como: "Domina", com marketing voltado para o mercado feminino, e as marcas "Segredo do Patriarca", "Brumado Velho", "Saideira" e "Boa Vitória", com o selo da AMPAC.

As atrações e o turismo são Centro de Arte Contemporânea Inhotim, com uma das mais expressivas coleções de arte contemporânea do Brasil, localiza-se no município de Brumadinho, distrito de mesmo nome. Encosta da Serra da Moeda, Mansão Matosinhos, Fazenda dos Martins, Topo do Mundo Bar e Restaurante, Arvorismo em Casa Branca, Serra da Moeda, Clube de Voo Livre, Safari Rural, Serra do Rola Moça, Mirante dos Veados e Templo Budista (IBGE, 2017).

O financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas governamentais e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo da saúde. O financiamento da saúde municipal é feito, na esfera federal, através de repasses dos seguintes programas ações básica de vigilância sanitária, piso de atenção básica, Pib Anual Bruto fixo, programas de agentes comunitários de saúde, programa de assistência farmacêutica básica, programa de saúde bucal, programa de saúde da família, teto financeiro de vigilância em saúde, programa de melhoria de acesso e qualidade em esfera estadual o financiamento se dá principalmente através do programa cofinanciamento de atenção primária, além de outros incentivos como doação de veículos para o PSF e financiamento para a construção de uma unidade básica de saúde. Na esfera municipal é aplicado 15% conforme lei complementar de referência aos recursos próprios arrecadados.

As equipes da Estratégia Saúde da Família que cobrem todo o município Brumadinho é contemplada com a atenção primária formada por 14 unidades básicas e 24 pontos de apoio, atenção especializada onde os atendimentos são realizados na policlínica onde realiza os atendimentos ambulatoriais especializados com várias especialidades, CAPS adulto e infantil, núcleo de práticas integrativas e centro de especialidades odontológicas e centro de reabilitação.

Por conseguinte, o município também conta com atenção de Urgência e

Emergência sendo Upa/Uai atendimento 24 h de urgência e emergência e os casos de maior complexidade são referenciados ao município de Betim ou Belo Horizonte. Já atenção hospitalar é composta pelo hospital geral João Fernandes do Carmo, o apoio de diagnóstico o laboratório funciona na policlínica.

Assistência Farmacêutica são composta pela farmácia básica em todas as unidades de saúde com mais de 200 medicamentos padronizados e a farmácia especial 706 pacientes cadastrados no município via assistência social e mais 250 pacientes cadastrados no estado atendimentos emergências de medicamentos não padronizados, com a vista do farmacêutico semanalmente nas unidades de saúde.

Para tanto já em relação com outros municípios nota-se ótima interação, sempre na tentativa de ajudar de maneira conjunta, com que venha necessitar e quando disponível e consorcio de Saúde intermunicipal Aliança para a saúde.

Por fim, o modelo de atenção à saúde encontra-se em fase transitória de assistencialista para prevenção e promoção de saúde.

## **1.2 Aspectos da comunidade**

A comunidade da unidade base de saúde Residencial Vila do município de Brumadinho/MG, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Segundo o jornal Estado de Minas, "a maior fonte de água mineral do mundo" estaria localizada na serra que separa os municípios de Brumadinho e Mário Campos. Além de ser o 8ª maior município minerador de Minas Gerais, com minas da Mannesmann Vale/Ferteco e Ferrous, Brumadinho é recordista na produção de cachaça artesanal, com o selo da AMPAC. De acordo com a estimativa do IBGE (2017) sua população em julho de 2017 era de 38. 863 habitantes. A população local trabalha basicamente como empregados nas minerações, vendedores no comércio local, agricultores ou em fábricas. O local de trabalho é quase sempre em outros bairros ou mesmo fora da cidade.

## **1.3 O sistema municipal de saúde**

A ESF Residencial de Bela Vista está localizada Rua Joaquim de Sáles Barbosa, 270- Residencial Bela Vista, Brumadinho - MG, 35460-000. A pesar de o município ter o patrimônio ecológico protegido, todavia a questão ambiental ainda é discutida e causa preocupação decorrente da destinação final dos resíduos sólido

urbano e aspectos relacionados a ausência de drenagem fluvial dos esgotos sanitários (IBGE, 2017).

Atualmente, de acordo com IBGE (2017), o município de Brumadinho apenas 65,45% dos domicílios urbanos, contam com esgotamento sanitário adequado.

As doenças com maiores prevalência até no ano de 2017 foram diagnosticadas acerca de 236 casos hipertensos, 03 câncer de mama, 32 câncer colo do útero e 15 hanseníase. Desses 15 casos apenas 1 era paucibacilar sendo as demais multibacilar, nenhum dos casos era recidiva. Dez desses casos tiveram cura, em um houve mudança de diagnóstico e dois estão em curso em tratamento e paciente transferiu-se para outro município.

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Residencial Bela Vista**

A unidade básica de saúde Residencial Bela Vista desde o ano de 2012 é uma casa alugada, está muito bem localizada em uma rua de fácil acesso por todos os lados, e fácil saída para os pontos de referência da unidade. Existe a recepção, onde se tem o primeiro contato com o paciente, que após é encaminhado para o acolhimento da enfermagem e posteriormente e para a consulta medica, possui um pequeno almoxarifado para o estoque de todas as matérias da unidade, um quarto com 1 leitos de observação, um área para reuniões dos membros da equipe e para os encontros dos grupos operativos, farmácia e uma sala de curativos.

#### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Residencial Bela Vista, da Unidade Básica de Saúde do município de Brumadinho**

A equipe da Estratégia da Saúde da Família Residencial Bela Vista, são composta por 5 agentes comunitárias de saúde, 1 enfermeira , 2 técnicas de enfermagem, 1 médico generalista, 1 fisioterapeuta do Núcleo de Apoio á Saúde Família com atendimentos semanais em grupo, 1 nutricionista do Núcleo de Apoio á Saúde Família com atendimentos semanais, 1 pessoa responsável pela farmácia e distribuição das medicações são as técnicas de enfermagem, 1 pessoa responsável pela organização e limpeza da unidade, 1 recepcionistas.

## **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Residencial Bela Vista**

O espaço físico é composto por consultório de clínica médica, sala de curativos e sala de enfermagem.

Ademais, o atendimento na unidade básica de saúde funciona das 7h:00 minutos às 16h:00 minutos de segunda a sexta, não incluindo os feriados. O atendimento funciona com a demanda espontânea e agendamento programado. As terças feiras no período vespertino faço puericulturas, quartas pré-natal, quintas uma vez por mês atendimento prisional e as outras seguem com atendimento dos agendamentos programados e visitas domiciliares no horário vespertino. E sextas feiras coleta de preventivo, além da demanda espontânea.

Em nossa distribuição de horários para atendimentos, reservamos as quintas feiras pela tarde para realizarmos nossas visitas domiciliares, existem 7 pacientes acamados cadastros em nossa unidade, porem existe as visitas domiciliares agendadas de última hora, quando um paciente está em estado de saúde debilitado e pós operatórios e no momento não tem condições de se deslocar a unidade, temos um carro a nossa disposição nos deslocamos até o residência a residência e fazemos o atendimento de enfermagem e medico ao paciente.

As visitas domiciliares das ACS'S são realizadas quase que diariamente para controle dos hipertensos e diabéticos, acompanhamento de idosos e crianças, puerpérios, pós-operatórios, e acompanhamento dos cadastros de bolsa família.

Também existe as campanhas de vacinação, a poucos meses atrás teve uma força tarefa muito grande para vacinas de febre amarela, pois nossa unidade fica em uma área considerada endêmica.

Nossos grupos participativos com encontros semanais, grupo de Hiperdia, pacientes em uso de medicações continuas.

Os grupos atuam sempre em parceria com a prefeitura municipal e secretaria de saúde, que disponibilizam matérias para desenvolvimento de atividades para interativas.

A equipe sempre age em conjunto, trabalha como um mecanismo, as vezes as atividades de uns funcionam juntamente com as atividades de outros. A base funciona com a visita domiciliar dos Agentes Comunitário de Saúde que fazem o levantamento

da necessidade do paciente, passa o caso para a enfermagem que juntamente com o médico, estabelecem a melhor forma de abordar o paciente para resolução do caso e assim sempre buscando dar a melhor qualidade de vida possível ao paciente.

### **1.7 O dia a dia da equipe Residencial Bela Vista**

De acordo com a equipe desta unidade os atendimentos são realizados de acordo com a demanda espontânea e também através de agendamentos, e estes, ocorrem de maneira organizada para melhor atendimento da população conforme suas necessidades. Os dias e horários de funcionamento são de segunda a sexta das 07h às 16h; atendimentos médicos de segunda a quinta.

Consultas breves para o paciente que chega direto nas consultas onde passa pelo acolhimento e atendidos na atenção à demanda espontânea (condição aguda), e esses pacientes são atendidos pelo médico e enfermeiro. Há também os agendamentos para atendimento no dia para atenção programada (condição crônica).

Atendimento médico puericulturas são realizadas conforme agendamento na segundas-feiras, pré-natais nas terças-feiras, visitas domiciliares quartas-feiras e uma quinta de cada mês consultas na unidade prisional do município; em horário vespertino das 13 às 16h uma vez por mês, e nas quintas restantes segue a demanda espontânea 13 as 14h e agendados e reuniões em equipe das 14 às 16h.

Atendimentos da enfermagem de puericulturas são realizadas conforme agendamento na segundas-feiras, pré-natais conforme protocolo do município é feito apenas na primeira consulta com a enfermeira e dá a continuidade com visitas puerperais, sendo as visitas domiciliares nas quartas-feiras e as quintas-feiras avaliação e coleta de preventivos conforme agendamento, e sextas-feiras das 13 às 16h, e nas quintas restantes segue a demanda espontânea 13 as 14h e agendados e reuniões em equipe das 4 às 16h.

Após a tragédia do rompimento da barragem da VALE há uma equipe com 5 profissionais para reuniões de matriciamento composto de: 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 médico psiquiatra.

### **1.8 Primeiro Passo: Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade Residencial Bela Vista**

A unidade básica de saúde Residencial Bela Vista, após uma análise situacional enfrenta alguns problemas entre eles: sem estradas e de difícil acesso,

falta de transporte e dificuldade de acesso em alguns pontos da região para realização das visitas domiciliares, mesmo em dia de visita domiciliar e grupos participativos segue o atendimento de demanda espontânea, deficiência de saneamento básico (água tratada, rede de esgoto, acúmulo de lixo em terrenos vazios), baixa adesão aos grupos de educação para a saúde, falta de qualidade vida, resistência na procurar unidade saúde para detectar da hanseníase precoce.

Entre os problemas apresentados na comunidade Residencial Bela Vista, verificou-se que o de maior impacto é a hanseníase, que se mostra por meio da falta da continuidade do tratamento adequado, descontinuidade das medicações, horários irregulares, visita irregular ao médico, preconceito com a doença entre outros.

É sabido que a hanseníase é uma doença que provoca alto grau de incapacidade, lesões na pele e nervos periféricos é considerada como problema de saúde pública, que pode gerar deformidades que dificultam a realização de atividades cotidianas, como incapacitação nas mãos e pés, paralisia e cegueira, que requer diagnóstico precoce, prevenção, acompanhamento e tratamento, envolvendo medidas farmacológicas (BRASIL, 2013).

### **1.9- Priorização dos problemas- a seleção dos problemas para plano de intervenção- Segundo Passo**

Após conhecer os problemas, a equipe de saúde Residencial Bela Vista, estabeleceu como problema prioritário para intervenção: a hanseníase, pois atualmente encontra-se 15 pacientes com esse diagnóstico, por se tratar de uma doença incapacitante que acarreta sérios problemas para qualidade vida de seus portadores.

Quadro 1 - Classificação dos problemas identificados no diagnóstico situacional da Estratégia de Saúde da Família da equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Residencial Bela Vista, município de Brumadinho, Minas Gerais.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento**</b>	<b>Seleção/ Priorização***</b>
	*	*	*	*

Falta conhecimento para estimular busca do tratamento fase inicial.	Alta	10	Total	1
Falta de orientação quanto aos riscos do diagnóstico tardio	Alta	7	Total	2
Descontinuidade das medicações	Média	3	Parcial	5
Falta de planejamento de ações educativas	Alta	5	Total	4
Resistência ao tratamento	Médio	2	Médio	6
Falta de conhecimento da patologia e seus agravos	Alta	3	Total	3

Fonte: Elaborado pela autora

A priorização dos problemas apresentados nessa intervenção ocorreu após discussão com toda equipe multiprofissional da unidade básica de saúde Residencial Bela Vista, município de Brumadinho, Minas Gerais. Vale destacar ainda, após reunião e capacitação da equipe foram estabelecidos como problemas prioritários para a

proposta de um plano de ação educativa sobre a hanseníase e seu diagnóstico precoce no município de Brumadinho.

Conforme relacionado no quadro supracitado, dentre a priorização dos problemas enfrentados pela equipe da ESF Residencial Bela Vista, destacam-se os fatores riscos: Falta conhecimento para estimular busca do tratamento fase inicial falta de orientação quantos aos riscos do diagnóstico tardio, descontinuidade das medicações, falta de planejamento de ações educativas, resistência ao tratamento, Falta de conhecimento da patologia e seus agravos.

Neste feito, com intuito diminuir os problemas indicadores Equipe de Saúde da Família, Residencial Bela Vista, faz-se necessário à cooperação do trabalho em conjunto com toda a equipe, por meios de consultas médicas, enfermagem e desenvolvimento de trabalhos em grupos sociais como: escolas, associações, bem como, a participação dos agentes de saúde. Assim a equipe de saúde, deve buscar sanar dúvidas sobre a aparição de manchas brancas, avermelhadas, esclarecer sobre os riscos doença que pode levar incapacidade física, melhorar a qualidade de vida dos portadores da hanseníase, estimular busca do tratamento na fase inicial da doença.

Urge nesse momento, a uma análise situacional mais específica dos nós críticos na saúde na unidade de saúde, constatou que além da resistência, a falta do conhecimento da importância do diagnóstico precoce, tratamento da hanseníase, bem como, suas consequências da elevada taxa de incapacidade provocada pela doença.

Seguindo esta metodologia, a fim de diminuir o problema local o plano de ação buscou capacitar todas as equipes agentes comunitários de saúde (ACS), através de palestras e reuniões oferecidas por médicos e enfermeiros capacitados, juntamente com o restante da equipe, pois eles estão em contato constante e direto com os pacientes, através das visitas domiciliares, podendo assim identificar casos suspeitos e orientar os pacientes.

Assim, o plano de intervenção na Unidade Estratégia Saúde Família- ESF, Residencial Bela Vista, município de Brumadinho, foi realizado através de palestras sobre a hanseníase, para melhorar a qualidade da avaliação do paciente e assim fazer o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Ademais, foram investigados também os casos tratados anteriormente, nos últimos dois anos, e se os contatos foram devidamente avaliados, através das



notificações realizadas e consultar prontuários dos pacientes com tratamentos iniciados e finalizados. E para finalizar, foi determinado um dia mensalmente exclusivo para o atendimento médico a casos suspeitos de hanseníase, pois estes pacientes requerem uma avaliação completa tempo e atenção.

Por fim, visando o aumento do número de participantes, para então atingir população no todo, conseqüentemente aumentar a possibilidade de conseguir resultados satisfatórios na Equipe de Saúde da Família Residencial Bela Vista, município de Brumadinho/MG.

## 2-JUSTIFICATIVA

A implementação proposta, justifica-se devido à relevância da patologia hanseníase, por se tratar de uma doença que incapacita o paciente interferindo diretamente na sua qualidade de vida. No entanto vale lembrar ainda que as sequelas ocorrem devido os diagnósticos tardios e dificuldade primária ao tratamento. Portanto, decorrente do elevado número de casos, associado à falta de informação e diagnóstico precoce, após avaliação situacional em dezembro 2017, onde foi proposta uma discussão com equipe para realização de um plano de intervenção para diagnóstico precoce dos casos de hanseníase, devido sua relevância por ser tratar-se de uma doença de grande relevância que interfere diretamente na sua condição de vida, da população do município de Brumadinho-MG.

Neste sentido deve-se ressaltar que a hanseníase no Brasil ainda é considerada como um problema de Saúde Pública a ser equacionado. Sua função potencial incapacitante, também por acometer predominantemente a faixa etária economicamente ativa. A situação epidemiológica da doença no país é considerada heterogênea devido à grande variação do coeficiente de prevalência nas diversas regiões do país. Das pessoas atingidas pela hanseníase 20% pode sofrer de incapacidades ou problemas psicossociais, com necessidade de algum tipo de apoio e/ou reabilitação (WHO, 2013).

Contudo, após uma discussão com a equipe foi proposto plano de ação com o intuito de abordagem local, tem como premissa levando em considerações que o *Mycobacterium leprae* afeta o homem como um todo e sua evolução de forma lenta na maioria dos casos, gerando um alto grau de incapacidades e deformações nos indivíduos não tratados ou tratados inadequadamente devido a diagnósticos tardio, ocasionando limitações na vida social e laboral no dia a dia.

### **3-OBJETIVOS**

#### **3.1- Objetivo geral**

Elaborar um projeto de intervenção que visa aumentar o conhecimento acerca da hanseníase e a importância do diagnóstico precoce em usuários do programa Estratégia Saúde da Família do município de Brumadinho-MG.

#### **3.2-Objetivos Específicos**

Capacitar à equipe de médicos e enfermagem.

Capacitar os ACS.

Realizar palestras educativas nas escolas.

Investigar se todos os casos tratados anteriormente tiveram todos os contatos avaliados.

Determinar um dia mensalmente para atendimento exclusivo a casos suspeitos de hanseníase.

#### 4- METODOLOGIA

O presente estudo tem como intuito implementar um plano de ação educativa na Equipe de Saúde da Família Residencial Bela Vista, no município de Brumadinho-MG. Elegeu-se como problemas prioritários o considerável número de paciente com hanseníase desta ESF.

Para realização, deste estudo, foram realizadas buscas bibliográficas por meio das fontes constituídas pelos recursos eletrônicos nas bases de dados: na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO) de artigos, dissertações e teses publicados com hanseníase, *Mycobacterium leprae*, incapacidade, educação. O período de busca compreendeu os anos de 2003 a 2018. Esses dados e os dados identificados na diagnóstico situacional poderão alicerçar o desenvolvimento do plano de ação.

As ações ocorrerão através de entrevistas dos pacientes já diagnosticados ou suspeitos, bem como nos prontuários com identificação pré-determinada pelo livro de registro dos pacientes da unidade, reuniões em equipe e livro de controle de hanseníase dos casos notificados e residentes em Brumadinho-MG, atendidos na unidade de Equipe de Saúde da Família Residencial Bela Vista.

O plano de ação foi baseado nos passos propostos por Campos; Faria; Santos, (2018) e que nortearam todo o processo: i) definição dos problemas; ii) priorização dos problemas; iii) descrição do problema selecionado; iv) explicação do problema; v) seleção dos “nós críticos”; vi) desenho das operações; vii) identificação dos nós críticos; viii) análise de viabilidade do plano; ix) elaboração do plano operativo e x) gestão do plano de ação.

Os recursos pedagógicos a serem utilizados serão: livros, folhetos, cartilhas informativas, palestras, grupos de discussão. Esses recursos irão auxiliar o profissional de saúde nas ações educacionais junto à clientela de pacientes com hanseníase.

## 5-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família e Atenção básica de saúde

A saúde pública no Brasil desde década de 70 vem sendo atribuídos estratégias para o fortalecimento nas ações de prevenção e promoção de saúde coletiva. Dessa forma, tem como preceito o processo de capacitação e conscientização dos profissionais e da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (OLIVEIRA, 2005; PENNA *et al.*, 2008; SAVASSI, 2010).

A atenção básica de saúde possui um conjunto de ações individuais e coletivas, da qual deve ser a primeira escolha dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo a porta principal de entrada na rede de Atenção à Saúde. Os Programas de Saúde Pública são preconizados pelo Ministério da Saúde, para obterem êxito faz necessária atuação de uma equipe multiprofissional de forma permanente, buscando como propósito o cliente que carece de intervenção do profissional nos campos científicos com implicações éticas, sociais e políticas (FIGUEIREDO, 2011).

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, que buscam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde para que se desenvolva uma atenção integral e se produza impacto na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

### 5.2-Breve Contexto Histórico da Hanseníase e Suas Peculiaridades

Desde os primórdios a Hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo descoberto em 1873 pelo médico Amaneur Hansen, na Noruega. No entanto também é vastamente conhecida com várias nomenclaturas: lepra, morféia, mal de Lázaro, mal de Hansen (Morbus hansen), entre outros nomes (BRASIL, 2013).

É uma doença avaliada como infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, patógeno intracelular obrigatório, que provoca lesões na pele e nos nervos periféricos. Sua transmissão pode ser obtida de pessoa a pessoa através de contato prolongado com doentes bacilíferos das formas *Dimorfa* e *Virchowiana* sem tratamento (AQUINO *et al.*, 2003).

No enfoque, sua existência é tão antiga que existem relatos desde o Egito antigo, sendo considerado o berço desta doença no continente Africano e posteriormente espalhou-se para mundo todo. No Brasil chegou por volta de 1600, todavia um dos primeiros registros da doença foi no estado Rio de Janeiro, levando em consideração que em seu tratamento, as pessoas eram internadas ou mantidas em colônias (leprosários) longe da população, para fazerem tratamentos, atualmente não é preciso mais esse tipo de acompanhamento, mesmo se tratando de uma doença muito antiga, ainda se vê preconceito e discriminação por parte da sociedade contemporânea (FIGUEIREDO, 2011).

Contudo apesar da doença ter baixa letalidade e baixa mortalidade, a Hanseníase pode ocorrer em qualquer idade, raça ou sexo. Conforme divulgado pelo Governo Federal, Portaria nº 4.052/GM/MS, de 23/12/1998 esta é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional (BRASIL, 2004).

### **5.3- Hanseníase: Uma Avaliação e seu acometimento e o Grau de Incapacidade**

A Hanseníase no Brasil, até o início da década de 90, os bancos dados registrados manifestaram um elevado índice de prevalência da doença e um aumento da sua incidência em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

Já no ano de 2007, o grau de detecção de novos casos alcançou o valor de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência de 21,94/100.000 habitantes. No que tange as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam as mais elevadas taxas, seguidas da região Nordeste (OLIVEIRA, 2011).

Monteiro (2010) esclarece que a hanseníase é uma doença caracterizada como infectocontagiosa que é de caráter crônico negligenciada, limitada ao ser humano, causada pelo *Mycrobacterium Leprae* bacilo intracelular que se aloja na célula de *Schwann* da bainha miélica de nervos periféricos sendo determinada por acometimento dermatoneurológico e modifica o espectro entre dois pólos firmes (tuberculóide e *virchowiano*), com formas intermediárias instáveis, levando a sequelas neurológicas, oftalmológicas e motoras, se não tratadas precocemente.

No entanto, também pode ser definido quando o indivíduo apresenta uma ou mais das seguintes características clínicas: lesão ou lesões de pele com alteração da sensibilidade, baciloscopia positiva ou acometimento de tronco nervoso com espessamento neural (GOMES, *et al.*, 2007).

Conforme esclarece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), preconiza que a incapacidade, exclusivamente no que se relacionam as lesões em mãos, pés e olhos, por serem mais rigorosas para as atividades cotidianas e de diagnóstico mais simples. Todavia, as lesões incapacitantes dessas regiões anatômicas são graduadas, conforme sua gravidade, em leve (1), moderada (2) e grave (3).

Em prosseguimento o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), inseriu a atual classificação dos graus de incapacidade, juntando os casos anteriormente classificados como grau III ao grau II de incapacidade com o objetivo de facilitar a avaliação nos centros de atenção básica. Assim no que auferiu nos anos de 2001 a 2006, o Brasil contabilizou valor medial alusivo ao grau I de incapacidade de 18%, e ao grau II de 5,8%.

Já os padrões definidos Portaria 3.125 de 7 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010) que estabelece o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, os percentuais de incapacidades observados nesse período são considerados de média magnitude para o grau II. No entanto o grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença; assim, esse indicador permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos.

O extenso e assintomático período de incubação da doença e seus sintomas artificiosos, agregados ao despreparo técnico dos profissionais de saúde, podem levar às dificuldades de diagnosticar nos casos iniciais e mesmo mais avançadas. Dessa forma grande porcentagem de” pacientes com grau de incapacidade instalada no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que existe uma grande prevalência oculta que, além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão” (ALVES *et al.*, 2011).

Para Gomes *et al.* (2007), descreve que a Hanseníase se subdivide, em quatro tipos, a primeira em Hanseníase Indeterminada (HI) aquela que é considerada na fase inicial e de mutação da doença, que pode ser encontrada em indivíduos que não tem resposta imune definidas contra o bacilo. Define-se ainda, que após o período de incubação de dois a cinco anos começa a aparecer esse tipo de classificação, como o aparecimento de manchas hipocrômicas, áreas de hipoestesia na pele, sensibilidade térmica alterada que é a diminuição da ausência da sensação de calor, nessa fase a Hanseníase ainda tem cura.

Já o segundo tipo de Hanseníase Tuberculóide (HT) é do tipo examinada nas áreas com mais lesões sérias, definidas como lesões em placas ou anulares com

bordas populosas e áreas da pele hipocrômicas. Assim seu crescimento é de forma lenta, levando a atrofia no interior da lesão, pode apresentar aspectos tricofetóide, com descamação das bordas da lesão e se for à forma neural é comum o aumento do tronco nervoso e dano neural, que pode atingir os nervos motores (ARAÚJO, 2003).

No que pese ao terceiro tipo de Hanseníase a Virchowiana (HV) é uma forma de bacilo, que se encontra no processo de multiplicação da doença, já se tem a dispersão no exterior do tronco nervoso, dentre outros órgãos, apresentando manchas mal definidas discretamente hipocrômicas que se espalham sobre o corpo, a pele normalmente está brilhante, poros dilatados como uma casca de laranja, e sobre essa área, manchas vermelhas (BRASIL, 2013).

Ainda conforme, o autor supramencionado expõe que o último tipo de Hanseníase a Dimorfa (HD), apresenta a mesma forma clínica e características da HV E HT.

#### **5.4- Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Doença**

Segundo a Portaria n. 3.125 de 7 de outubro de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) expõe uma série desenvolvendo e ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo. Um caso de Hanseníase pode ser definido quando uma pessoa expõe um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico: a) lesões e/ou área da pele com alteração de sensibilidade; b) acometimento de nervo periférico, com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

Conforme esclarece Brasil (2008) um indivíduo ao receber o diagnóstico que tem a Hanseníase é feito todas as orientações para o tratamento que deve seguir. Sendo que em grande maioria o indivíduo tem que ter um tempo para entender o diagnóstico, tais como: conhecimento sobre a doença, compreender e enfrentar o tratamento, entender que é necessário o comprometimento com o tratamento para se curar. Responsabilidade esta sendo através da equipe multidisciplinar sobre a adesão ao tratamento o indivíduo consegue atingir a cura.



Dessa forma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde, enseja a classificação da hanseníase pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que divide em: Paucibacilar: aquela que apresenta até cinco lesões na pele e Multibacilar: aquela que apresenta mais de cinco lesões na pele.

Assim é de suma importância esta classificação para que seja selecionado o sistema de tratamento poliquimioterápico adequado para cada tratamento conforme demonstrado na Tabela 1:

**Tabela 1: Esquema Paucibacilar (PB) em pacientes com até cinco lesões na pele, onde se utiliza a combinação da rifampicina e dapsona.**

Rifampicina	Dapsona	O tratamento
Uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada	Uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária administrada.	Tem duração de seis doses mensais de rifampicina supervisionada.

Fonte: Ministério da Saúde (2010).

Já o esquema Multibacilar (MB) em pacientes com mais de cinco lesões de pele é adotado o seguinte esquema de tratamento conforme esclarece a Tabela 2:

**Tabela 2: Esquema Multibacilar (MB) utiliza-se uma combinação de rifampicina, dapsona e de clofazimina.**

Rifampicina	Dapsona	Clofazimina	O tratamento
Uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada	Uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária administrada	Uma dose mensal de 300mg (três cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária	O tratamento tem duração de doze doses mensais, supervisionada.

		de 50mg auto administrada.	
--	--	----------------------------	--

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL 2010)

Nos casos de diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Para Ferreira e Alvarez (2005) relatam que os casos de hanseníase em menores de 15 anos, a introdução do esquema padronizado produziu significativa redução na prevalência da doença em crianças. Dessa os autores supramencionados observaram ainda que, 24% das crianças tratadas com o esquema poliquimioterápico apresentaram reações adversas durante o tratamento.

Ao analisar Andrade *et al.* (1999) constataram que durante o uso da dapsona e da rifampicina pode ocasionar complicações cutâneas e hepáticas expressivas ao trazer à baila um caso de paciente leucodérmico com 12 anos de idade, portadora de Hanseníase.

Atualmente, mais da metade da população do mundo tem menos de 25 anos de idade. Segundo a OMS, a faixa etária de 10 a 19 anos representa um quinto da população mundial (BRASIL, 2005).

Pimentel *et al.* (2004) ponderaram que os doentes por meio da evolução das incapacidades, antes, durante e após o tratamento poliquimioterápico e ressaltaram o incremento de neurite silenciosa na hanseníase Multibacilar. Contudo completaram que não é demais frisar a importância de um acompanhamento rotineiro e sequencial cuidadoso dos pacientes Multibacilares, durante e após o tratamento medicamentoso, sendo que dos 103 pacientes estudados 50% desenvolveram neurites fraca ou silenciosa.

Assim, é imprescindível a atenção às pessoas com hanseníase, suas complicações e sequelas, devem ser observadas e acompanhadas em toda a rede do

Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso, seu diagnóstico é essencial sendo realizado por meio da análise da história, das condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, sensitivo motor e/ou autonômico (BRASIL, 2010).

Buscar melhoria no conhecimento sobre a transmissão do *Mycobacterium leprae* ainda é necessário, para embasar ações de controle com grande impacto na transmissão. Segundo publicação do ministério da saúde no ano de 2014, a queda da taxa de prevalência de hanseníase foi de 65% nos últimos 10 anos, e se deve às ações de combate à doença. A hanseníase, portanto, trata-se de uma doença de desinformação, já que é plenamente curável, mas suas consequências estão diretamente ligadas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, baseado em uma PQT de uso prolongado e por isso cercada de falhas de adesão (WHO, 2013).

## **6-PLANO DE AÇÃO**

O presente plano de ação busca intervir nos problemas apresentados, registrando a descrição do problema designado, selecionando os nós críticos conforme a metodologia do Planejamento Estratégico, conforme a seguir.

### **6.1-Descrição do problema (passo três)**

O plano de ação detectou um número expressivo fatores de riscos decorrente do diagnóstico tardio da hanseníase. Todavia, devo salientar que houve a dificuldade para levantamento dos dados de forma precisa das informações, detalhando início, meio e fim, dos pacientes já diagnosticados, motivo este, que os prontuários não tinham uma descrição completa dos pacientes e alguns mudaram do município.

Ademais, o preconceito pela falta de informações e conhecimento da patologia, desestimula a busca do tratamento fase inicial da doença e conseqüentemente na fase mais elevada da hanseníase, pode gerar grandes transtornos como deformidades que dificultam a realização de atividades cotidianas, incapacitação nas mãos e pés, paralisia e cegueira.

Contudo, a falta de planejamento de abordagens educativas na unidade, voltada a capacitação da hanseníase aos profissionais da Atenção Básica, identificar e conscientizar a importância do tratamento precoce.

### **6.2: Explicação do problema (passo quatro)**

As justificativas para explicação do problema é devido à falta da forma mais indicada de prevenir contra doença entre elas é mantendo o sistema imunológico eficiente, para que o organismo consiga combater a bactéria caso haja contato com a mesma. Por isso, é indicado que os indivíduos assumam novos hábitos cotidianos, com boa alimentação, prática de atividades físicas e boa higiene.

Em prosseguimento, se dá pela falta de informações da doença, seus portadores ainda sofrem com o preconceito e, muitas vezes, acabam deixando de buscar o tratamento necessário. Somado a isso, também está ligado o aumento do número de portadores de hanseníase, pela baixa adesão aos grupos de educação

para a saúde, grande parte não procura as unidades básicas de saúde, falta de hábitos saudáveis e faltam orientações.

Dentre dos problemas situacional apresentado a falta de conhecimento sobre a doença é que mais se destacou, assim, se faz necessário a aprimorar o conhecimento sobre a patologia, viabilizar o incentivo de hábitos alimentares saudáveis, promover atividades físicas para aumentar a imunidade como base de prevenção, conseqüentemente terá um índice menor de portadores de hanseníase e aperfeiçoando melhoria a qualidade vida da comunidade.

### 6.3 Nós críticos (passo cinco)

- Falta conhecimento sobre a hanseníase;
- Descontinuidade do tratamento;
- Preconceito decorrente da doença;

### 6.4 Desenho das operações (Passo seis)

**Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico 1- "Falta conhecimento sobre a hanseníase" relacionado ao problema "Elevado número de pacientes com Hanseníase", na população responsabilidade da ESF Residencial Bela Vista no município de Brumadinho/MG.**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de conhecimento sobre hanseníase
<b>Operação</b>	Através de grupo operativo realização de roda de conversas 1 vez por semana, orientar sobre a importância de realizar o exame precoce, identificação dos sintomas, orientar a importância do tratamento de maneira correta, distribuição de cartazes e panfletos.
<b>Projeto</b>	<b>Convivendo com a Hanseníase</b>
<b>Resultados esperados</b>	Controlar e reduzir número de portadores de hanseníase em 70% na unidade de saúde, adesão ao tratamento e melhorar relação entre unidade e pacientes.

<b>Produtos esperados</b>	Palestras, grupos operativos e visitas domiciliares com este conteúdo sendo explorado em todas as ocasiões pela equipe.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: equipe Cognitivo: linguagem condizente com nível de escolaridade da equipe Político: apoio da secretaria municipal de saúde para fornecimento de materiais. Financeiros: livros e cartilhas informativas
<b>Recursos críticos</b>	Financeiros: livros e cartilhas informativas, grupos de discussão.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria municipal de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar e aprovar o projeto na secretaria municipal de saúde
<b>Prazo</b>	Início imediato e manutenção permanente do projeto com avaliações semestrais
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Equipe de saúde e secretaria municipal de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	O monitoramento será semestral, avaliando-se os relatórios e os prontuários médicos para verificar o controle e redução do número dos portadores de hanseníase.

Fonte: autoria própria (2019)

**Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 2- "Descontinuidade das medicações" relacionado ao problema "incapacitação pela patologia hanseníase", na população responsabilidade da ESF Residencial Bela Vista no município de Brumadinho/MG.**

<b>Nó crítico 2</b>	Descontinuidade das medicações
---------------------	--------------------------------

<b>Operação</b>	Através de grupo operativo realização de palestra de roda de conversas 1 vez por semana, orientar sobre a importância de realizar o exame precoce, identificação dos sintomas, orientar a importância do tratamento de maneira correta, distribuição de cartazes e panfletos.
<b>Projeto</b>	<b>Conhecendo a patologia Hanseníase</b>
<b>Resultados esperados</b>	Controlar e reduzir número de portadores de hanseníase em 70% na unidade de saúde, adesão ao tratamento e melhorar relação entre unidade e pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras, grupos operativos e visitas domiciliares com este conteúdo sendo explorado em todas as ocasiões pela equipe.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: equipe Cognitivo: linguagem condizente com nível de escolaridade da equipe Político: apoio da secretaria municipal de saúde para fornecimento de materiais. Financeiros: livros e cartilhas informativas
<b>Recursos críticos</b>	Financeiros: livros e cartilhas informativas, grupos de discussão.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria municipal de saúde
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar e aprovar o projeto na secretaria municipal de saúde
<b>Prazo</b>	Início imediato e manutenção permanente do projeto com avaliações semestrais
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Equipe de saúde e secretaria municipal de saúde
<b>Processo de monitoramento e</b>	O monitoramento será semestral, avaliando-se os relatórios e os prontuários médicos para verificar o

<b>avaliação das operações</b>	controle e redução do número dos portadores de hanseníase.
--------------------------------	--

Fonte: autoria própria (2019)

**Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 3- "Preconceito" relacionado ao problema "falta de conhecimento sobre a patologia", na população responsável da ESF Residencial Bela Vista no município de Brumadinho/MG.**

<b>Nó crítico 3</b>	Preconceito decorrente da hanseníase
<b>Operação</b>	Através das visitas domiciliares e reuniões com a comunidade esclarecendo que a hanseníase tem cura, desconhecimento sobre a natureza da doença, sua transmissão, suas formas de tratamento, bem como, ideia errada que hanseníase transmite através do toque.
<b>Projeto</b>	<b>Preconceito zero</b>
<b>Resultados esperados</b>	Controlar e reduzir número de preconceito na unidade de saúde, adesão ao tratamento e melhorar relação entre unidade e pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras, grupos operativos e visitas domiciliares com este conteúdo sendo explorado em todas as ocasiões pela equipe.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: equipe Cognitivo: linguagem condizente com nível de escolaridade da equipe Político: apoio da secretaria municipal de saúde para fornecimento de materiais. Financeiros: livros e cartilhas informativas
<b>Recursos críticos</b>	Financeiros: livros e cartilhas informativas, grupos de discussão.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria municipal de saúde



<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar e aprovar o projeto na secretaria municipal de saúde
<b>Prazo</b>	Início imediato e manutenção permanente do projeto com avaliações semestrais
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Equipe de saúde e secretaria municipal de saúde
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	O monitoramento será semestral, avaliando-se os relatórios e os prontuários médicos para verificar o controle e redução do número dos portadores de hanseníase.

Fonte: autoria própria (2019).

## 6.5 Considerações finais dos nós críticos e desenho das operações

As palestras foram realizadas a todas as escolas, associações entre outros, utilizando uma linguagem adequada para cada faixa etária, com o auxílio de vídeos educativos. Saliento ainda, que as palestras contaram com a colaboração dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde. As crianças e os adolescentes tiveram a oportunidade de perguntar, e comentar sobre casos que observaram em seus domicílios e círculos de amizade. Todos foram orientados que, em presença de suspeita, deveriam comparecer à ESF para agendar sua consulta.

Ademais, foram solicitados para a equipe de epidemiologia o relatório sobre os casos diagnosticados nos últimos 2 anos, onde verificados todos os contatos já haviam sido avaliados.

Em geral, teve ótimo aproveitamento como equipe, pois os nós críticos estavam relacionados pela falta de informações por parte da comunidade, havia muitas dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento e preconceito sobre a hanseníase. As palestras foram bem aproveitadas pelos jovens, que começaram a buscar a ESF com seus familiares para consulta. Para tanto, foi determinado um dia exclusivo para agendar o atendimento para os casos suspeitos, porém ocorreram algumas dificuldades, pois a

demanda de atendimentos estava alta e poucas condições laborais oferecidas pelos gestores e a falta de conhecimento da comunidade.

Contudo, constatou-se que o Plano de ação foi um divisor de água para melhorar a falta do conhecimento da população quanto a doença e minimizar o preconceito, assim como proporcionar o diagnóstico precoce e tratamento oportuno da hanseníase, implementando desenvolvimento de ações preventivas, educativas e controle nos portadores da hanseníase na Unidade Estratégia Saúde Família- ESF, Residencial Bela Vista, município de Brumadinho.

## **7-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do diagnóstico situacional de saúde dessa comunidade, foi possível identificar os problemas existentes. E a partir deles elaborar um Plano de Ação, dessa forma, possibilitou a equipe, realizar o diagnóstico precoce de pacientes que apresentam dificuldade em identificar os sintomas, por falta de conhecimento e minimizar o preconceito sobre a hanseníase.

Durante a abordagem prática do plano de ação, a equipe pôde debater sobre o tema e conversar sobre casos suspeitos, afastar preconceito, bem como, foi possível identificar novos casos e pacientes que abandonaram o tratamento para retomar o mesmo.

A criação de um plano de ação utilizando planejamento estratégico em saúde foi muito importante para definir os nós críticos relacionados à atenção à saúde no município. E que o treinamento desses profissionais se faz num contínuo.

Acredita-se que através do plano de ação, a equipe do ESF e a comunidade possam se organizar cada vez mais, na busca de conhecimento, tratamento precoce, minimizar preconceito e assim melhorar a qualidade de vida e atendimento aos pacientes portadores de hanseníase.

## 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**. Uberaba. v.43, n. 4, p. 460-461, jul./ago. 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>

ANDRADE, Z. M. V. *et al.* Síndrome sulfônica: relato de um caso. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 74, n. 1, jan./fev.1999.p.59-61 Disponível: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/376/Sindrome-sulfonica--relato-de-um-caso>. Acesso em: 01/03/2018.

AQUINO, D. M. C. *et al.* Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperepidêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba. v.36, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15308.pdf>. Acessado 30/04/2018.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>. Acesso em: 20/03/2018.

BRASIL. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública Ministério da Saúde**. 2016. Disponível: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_\\_eliminacao\\_hanseniase\\_-\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para__eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf). Acesso em: 05/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase. Brasília**. Ministério da saúde. Guia para Controle de Hanseníase. Pg.4-8, 3° ed. Brasília. 2002. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseniase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf). Acesso em: 25/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica: cadernos de atenção básica. Brasília**. Ministério da Saúde, p. 49 2002. Disponível: [http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/dermatologia\\_atencao1.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/dermatologia_atencao1.pdf). Acesso em: 24/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 30/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de eliminação da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase\\_plano.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_plano.pdf). Acesso em: 11/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf). Acesso em: 29/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf). Acesso em: 15/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Boletim Epidemiológico. Volume 44 - Nº 11 – 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível: <http://pt.scribd.com/doc/160958910/2013-009-Boletim-Hanseniasse-Final-13>. Acesso em: 25/02/2018.

BRASIL. Organização Pan-Americana De Saúde: **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, DF. 2004. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_n5\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf). Acesso em: 10/05/2018.

BRASIL. Portaria n. 3.125 de 7 de outubro de 2010. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. 2010. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125\\_07\\_10\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html). Acesso em: 02/11/2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. -- Belo Horizonte: NESCON/UFMG. 2017.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de 15 anos no Município de Paracatu, MG, (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. vol. 8 n.1, pg.41-49 São Paulo Março. 2005. Disponível: <http://www.redalyc.org/html/2670/267019609013/index.html>. Acesso em: 02/10/2018.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. In: Módulo Político Gestor. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2011. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf). Acesso em: 01/06/2018.

GOMES Eunice Alves Reinaldo, Sobrinho, Antônio da Silva, Mathias, Thais Aidar de Freitas, Lincon, Patrícia Barbosa. Avaliação do grau de incapacidade de Hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação de equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.15, n.6 novembro-dezembro, Ribeirão Preto. 2007.

Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600011&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 23/05/2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2017. Disponível: <http://www.censo2017.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=11&dados=0>. Acesso em: 01/03/2018.

OLIVEIRA D.L. A. Nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. 2005. **Revista Latino Americana de Enfermagem [online]**. 2005, vol.13, n.3, p.423-431. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>. Acesso em 03/05/2018.

OLIVEIRA, A. Z. **Hanseníase em idosos no Distrito Federal - Brasil no período de 2003 a 2010**. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011. Disponível: [http://www.btdt.ucb.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1385](http://www.btdt.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1385). Acesso em: 10/03/2018.

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 Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, p.6-10, 2008. Suplemento11. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822008000700003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822008000700003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 02/03/2018.

PIMENTEL, M. I. F *et al.* Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 79, n. 2, p. 169-179, mar./abr. 2004. Disponível: [http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n2/en\\_20063.PDF](http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n2/en_20063.PDF). Acesso em: 19/03/2018.

SAVASSI L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Fiocruz, Belo Horizonte, 2010. Disponível em [http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D\\_48.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf). Acesso em: 30/04/2018.

**World Health Organization**. Weekly epidemiological Record. August, 2013, 88th year. Nº. 35, 2013, 88, 365–380. Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2013/wer8835/en/>. Acesso em: 28/05/2018.