

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

**YISMAI BAILE LABRADOR**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A  
PROLIFERAÇÃO DE HANSENÍASE NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA LAGEDO GRANDE NO MUNICÍPIO DESANTANA DO  
IPANEMA/AL**

MACEIÓ - AL  
2015

**YISMAI BAILE LABRADOR**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A  
PROLIFERAÇÃO DE HANSENÍASE NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA LAGEDO GRANDE NO MUNICÍPIO DESANTANA DO  
IPANEMA/AL**

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

MACEIÓ – AL  
2015

**YISMAI BAILE LABRADOR**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A  
PROLIFERAÇÃO DE HANSENÍASE NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA LAGEDO GRANDE NO MUNICÍPIO DESANTANA DO  
IPANEMA/AL**

BANCA EXAMINADORA

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

Examinador 2: Prof. \_\_\_\_\_

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha mãe, irmã Yicet, minha prima Yasmilda, meu filho Agustín e a toda minha família e amigos como Quitéria que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu essa oportunidade, concedendo-me força, coragem e paciência.

Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar o que descobrir e o que fazer, pois através disto consegui concluir meu trabalho.

Aos amigos e colegas em particular a Quitéria, Rubeline, Sonia e Alessandro pelo incentivo e pelo apoio constante.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança pra seguir. Ao meu filho, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho sentido mais vida de verdade. Obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Agradeço ao meu orientador Leonardo pelo acolhimento nesse momento de ansiedade, pela contribuição especial, empenho e paciência nessa caminhada. Aos meus amigos, em particular a Dra. Aracelis pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhoram tudo o que tenho produzido na vida.

A comunidade da Igreja Católica da cidade de Santana do Ipanema, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e, para além do Curso de especialização, foi aqui onde aprendi a refletir e duvidar e jamais encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida de um jeito diferente.

Ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desse ano. A experiência de uma

produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foram a melhor experiência da minha formação acadêmica.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Muito obrigada!

"Deus, concede-me a graça de aceitar com serenidade aquilo que não pode ser modificado, a coragem para mudar o que deve ser mudado e a sabedoria para distinguir uma coisa da outra".

Prece tradicional judaica

## RESUMO

A Hanseníase no Brasil é um problema de saúde pública, presente. O presente estudo tem como objetivo investigar, baixa prevalência de pessoas diagnosticadas por/com Hanseníase na Unidade de Saúde da Família do Lagedo Grande (USF), o qual constitui um problema de saúde pública e possui um alto potencial incapacitante. 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. 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. Assim, propôs-se um plano operacional para aperfeiçoar/aprender mais sobre os riscos da Hanseníase, oferecer uma linha de cuidado dos hábitos e estilo de vida, inadequados, contribuindo para o melhor atendimento e acompanhamento da população de risco predisponente, diminuindo risco e controlando os casos de Hanseníase, diminuindo assim sequelas, a morbidade e mortalidade.

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



## ABSTRACT

Leprosy in Brazil is a major public health problem present. The present study aims to investigate, low prevalence of people diagnosed by / with leprosy in the Family Health Unit of the Great Lagedo (USF), which constitutes a public health problem and has a high disabling potential. The search for the content studied and the technique used for understanding and broadening of knowledge about the disease referred to in this work, is featured in the study, selection and BOOK REPORT articles, theses and other works published in e-mail, which were located through the selection of key words surveyed the following sites: BIREME - VHL LILACS, SCIELO [Scientific Electronic Library Online], Google Scholar and Descriptors in Health Sciences (DeCS) from the following descriptors: primary health care, Transmissible Disease Factors risk, Leprosy and Health Promotion. For drawing up the contingency 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. Thus, it was proposed an operational plan to improve / learn more about the risks of Leprosy, offer a careful line habits and lifestyle, inadequate, contributing to the best care and monitoring of predisposing risk population, reducing risk and controlling cases of leprosy, thus reducing sequelae, morbidity and mortality.

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

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	XI
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Geral.....	21
3.2 Específicos.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
5.1 Tratamento.....	29
5.1.1 Esquema paucibacilar (PB).....	29
5.1.2 Esquema multibacilar (MB).....	30
6 PLANO DE AÇÃO.....	31
6.1 Identificação dos problemas.....	31
6.2 Explicação do problema.....	32
6.3 Identificação dos “nós críticos”.....	32
7 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	32
7.1 Operações sobre o nó crítico Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na população referenciada pela ESF do Lagedo Grande no município de Santana do Ipanema/AL.....	32
7.2 Operações: Resultados, Ações, Responsáveis e prazo.....	33
7.3 Controle dos recursos críticos e viabilidade do plano .....	34
7.4 Causas e consequências da não adesão.....	34

7.5 Recomendações.....	35
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A história de Santana do Ipanema, segundo dados obtidos no IBGE (2014), conta que, no final do século XVIII, a atual cidade não passava de um arraial, habitado por índios e mestiços. Com a chegada do padre Francisco José Correia de Albuquerque à região (vindo de Pernambuco), os índios foram catequizados e a primeira igreja construída. Com a chegada de irmãos descendentes de portugueses em 1815, Martins e Pedro Vieira Rêgo instalaram-se perto da Ribeira do Panema transformando suas terras em grandes fazendas e tornando-se os primeiros colonizadores do dito município.

A freguesia data de 24 de fevereiro de 1836, sob invocação de Sant'Ana. Em 1875 passou a ser vila, desmembrada do território de Traipu. A lei 893, de 1921, elevou Santana à categoria de cidade. (IBGE, 2014).

Santana do Ipanema possui uma área de cerca 437,878 Km<sup>2</sup>, cujo bioma é a caatinga, com uma população de 44.932 habitantes, de acordo com dados emitidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Segundo informações apresentadas pelo Atlas do desenvolvimento Humano do Brasil (2013) as principais atividades econômicas do município são agricultura, comércio e pecuária.

O município conta hoje com vinte sete estabelecimentos de saúde, entre eles: sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), as Unidades Básicas de Saúde (São Pedro; Adelson Isaac de Miranda; Floresta; Baraúna; São José; Lajedo Grande; Areia Branca I e II; São Félix; Januário Paraibano; Camoxinga), uma Unidade de Programa de Saúde da Família situado no I Centro de Saúde; Centro de Especialidades; Centro de Diagnóstico; Casa de Saúde a Assistência a Mulher; NASF I e II; Centro de Referência a Saúde do Trabalhador; Centro Odontológico; Centro de Reabilitação; Laboratório de Entomologia; Laboratório de Patologia Clínica; Farmácia Popular, Endemias; Vigilância Sanitária; Rede de Frios; centro de atendimento Psicossocial e o Hospital Regional Clodolfo Rodrigues de Melo - HRCRM.

Destes estabelecimentos, só o HRCRM atende vinte um municípios da região e os demais só a população santanense. Com recursos provindos do Ministério da Saúde, Fundo Municipal da saúde e contrapartida da Prefeitura Municipal. Outros

recursos de saúde existentes no município fazem parte da rede privada, como: Clínicas médicas, Casa de Saúde Maternal, Laboratórios e Clínicas Médicas Especializadas, onde alguns prestam serviços à população local por meio de convênio com a própria SMS.

A equipe em questão para estudo é a UBS do Lajedo Grande, ela possui em sua maioria, ruas pavimentadas, porém sem saneamento básico, é localizada na periferia da cidade, possui entre os 3.070 habitantes (Ver tabela 1), da área de abrangência da Equipe, 1.555 (50,65%) são homens e 1.515 (49,35%) são mulheres, distribuídos por faixa etária.

**Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Lajedo Grande no período de Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	16	0.52	5	0.16
1 a 4 anos	82	2.67	72	2.34
5 a 6 anos	63	2.05	58	1.88
7 a 9 anos	83	2.70	88	2.86
10 a 14 anos	174	5.66	164	5.34
15 a 19 anos	194	6.31	176	5.73
20 a 39 anos	481	15.66	471	15.3
40 a 49 anos	171	5.57	159	48.81
50 a 59 anos	140	4.56	137	4.46
> 60 anos	151	4.91	185	6.02
Total	1.555	50.65	1.515	49.35

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

A UBS do Lajedo Grande, funciona de segunda a sexta-feira das sete as dezessete horas, cuja sua estrutura física é composta por: um recepção, um arquivo, uma sala de vacina, uma sala para pré-consulta, uma sala de curativos, dois ambulatórios (enfermagem e clínica médica), sala de reuniões, sala dos Agentes de Saúde. E sua equipe corresponde há: uma clínica médica, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dois agentes administrativos, um motorista e nove Agentes Comunitários de Saúde.

O Saneamento Básico e os aspectos ambientais encontrados na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário, destino de fezes (Ver tabela 2), destino do lixo (Tabela 3), abastecimento de água (Tabela 4). No que tange ao abastecimento de água (Ver figura 1) mostra que há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada.

Notadamente, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração de mosquitos, constituindo risco de surtos de doenças transmitidas por vetores.

**Tabela 2 – Número de residências que possuem instalações sanitárias na área de abrangência ESF Lagedo Grande de Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**

<b>DESTINO FEZES/URINA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	522	56.5
Fossa	344	30.8
Céu aberto	57	12.7

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

Percebe-se que o Sistema de esgoto é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos. O destino das fezes e urina a céu aberto tem um índice baixo, fato que favorece as condições de vida da população. Além desse aspecto, que se necessita fazer um trabalho de conscientização das famílias dessas residências para construir a fossa cética. Solicitar a Prefeitura uma ajuda de custo visto que estas famílias são pessoas carentes.

**Tabela 3 – Destino do lixo na área de abrangência da equipe de saúde da família município Lagedo Grande, Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**

<b>DESTINO DO LIXO</b>	<b>Nro</b>	<b>%</b>
Coleta publica	559	71,4
Queimado/Enterrado	164	17,8
Céu aberto	200	20,8

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

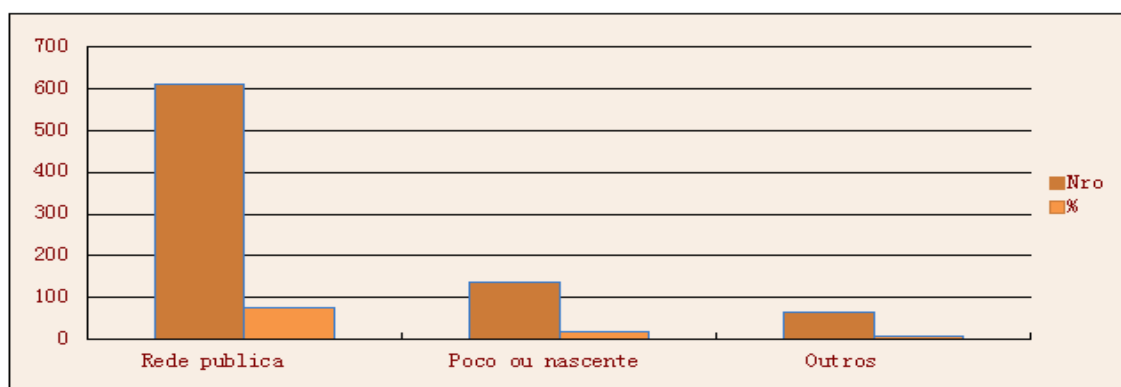
Em relação ao destino do lixo a situação é muito precária, 164 residências que as famílias queimam ou enterram o lixo, 559 que tem coleta pública e tem 200 residências que fazem o descarte do lixo a céu aberto (SIAB 2014).

**Tabela 4 - Abastecimento de água por família na área de abrangência da ESF Lagedo Grande no período de Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**

ABASTECIMENTO DE AGUA	Nº	%
Rede pública	610	75.03
Poço ou nascente	138	16.97
Outros	65	8.00

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

**Quadro 1 - Abastecimento de água por família na área de abrangência da ESF Lagedo Grande no período de Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**



Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

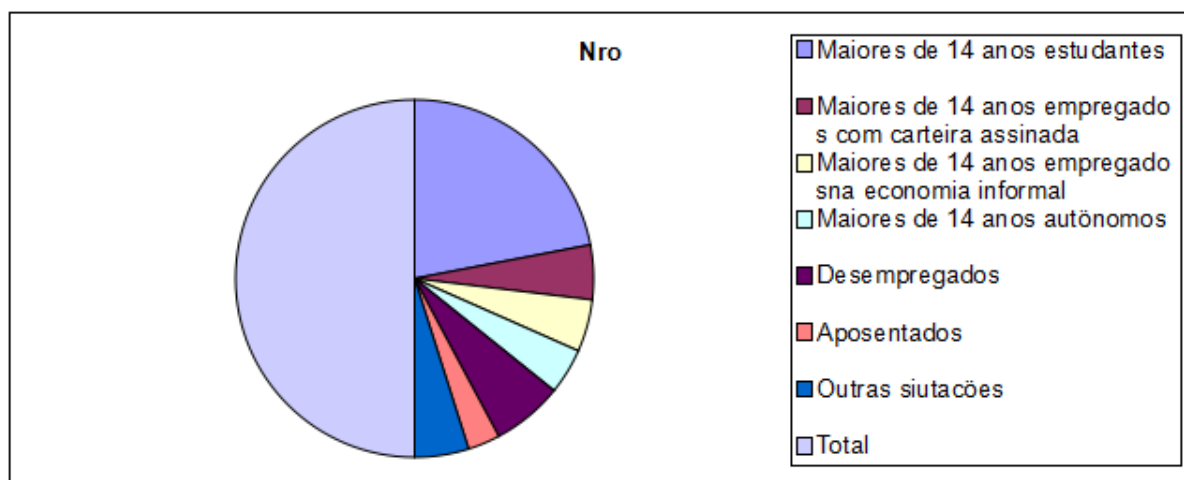
Segundo levantamento realizado pelos ACS, por ocasião da atualização do cadastro das famílias, é possível identificar atividades da população economicamente ativa na área de abrangência da ESF (Ver tabela 5), enquanto, que a taxa atividade e desocupação a partir da faixa etária dos 14 anos acima está compreendida na figura 2.

**Tabela 5 - Atividades da população segundo faixa etária na área de abrangência da ESF Lagedo Grande no período de Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.**

<b>POPULAÇÃO COM MAIS DE 14 ANOS DE IDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Maiores de 14 anos estudantes	996	43.97
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	223	9.85
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	214	9.45
Maiores de 14 anos autônomos	188	8.30
Desempregados	291	12.85
Aposentados	132	5.83
Outras situações	221	9.75
<b>Total</b>	<b>2265</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

**Quadro 2 - Taxa de Atividade e de Desocupação 14 anos ou mais - 2013**



Fonte: SIAB (Ano 2013)

Os aspectos epidemiológicos (Ver Tabela 6) segundo os dados do SIAB (2013-2014) o município tinha cadastrado no final de 2012, 732 portadores de Hipertensão Arterial, 156 portadores de Diabetes, 19 portadores de Tuberculose e 29 portadores de Hanseníase. Já em 2012, foram registrados 603 casos de dengue, no mesmo município.

O levantamento realizado a partir dos dados obtidos pelos registros das Declarações de Óbitos (DO's), as principais causas de óbitos no ano de 2013,



foram: Pneumonias, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidentes de Trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 18.52/1000 nascidos vivos, que apesar de bastante elevada, apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

**Tabela 6- Morbidade referida na área de abrangência da ESF no município entre Fevereiro 2013 a fevereiro- 2014.**

Faixa etária	Morbidade referida									
	TB		HAS		Deficientes		Hansen		Diabetes	
	nº	%		%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 14 anos	0	0	0	0	1	0,12	0	0	0	0
15 anos e mais	0	0,44	202	8,92	55	2,43	1	0,05	97	3,15
<b>Total</b>	0	0,33	202	6,58	56	1,82	1	0,03	97	2,83

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

Conforme se apreende do conjunto de dados, percebe-se que temos uma baixa prevalência na área de abrangência da UBS do Lagedo Grande, de pessoas atingidas pela doença, o qual deve fazer pensar que não estão pesquisando, ou melhor, que não está sendo realizados busca ativa dos casos suspeitos e seus comunicantes, já que no município temos uma alta prevalência de casos novos de Hanseníase constituindo isso um problema de saúde pública.

## 2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, estudos mostram que foram detectados 37.610 casos novos de hanseníase em 2009, sendo 2.669 (7,1%) em menores de 15 anos de idade. Isso corresponde a um coeficiente de detecção geral de 19,64/100 mil habitantes e de 5,43/100 mil em menores de 15 anos de idade (SIAB, 2014). O que coloca o país no ranking do segundo país do mundo com maior número de casos da doença são 47 mil novos casos da doença por ano, o que representa a segunda maior prevalência no Mundo, depois da Índia.

A alta prevalência e casos novos e Hanseníase na cidade e no país, e baixa prevalência na área de atuação dos profissionais da equipe do Lagedo Grande, no qual corresponde uma população referenciada de 3.070 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 da referida unidade.

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.

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

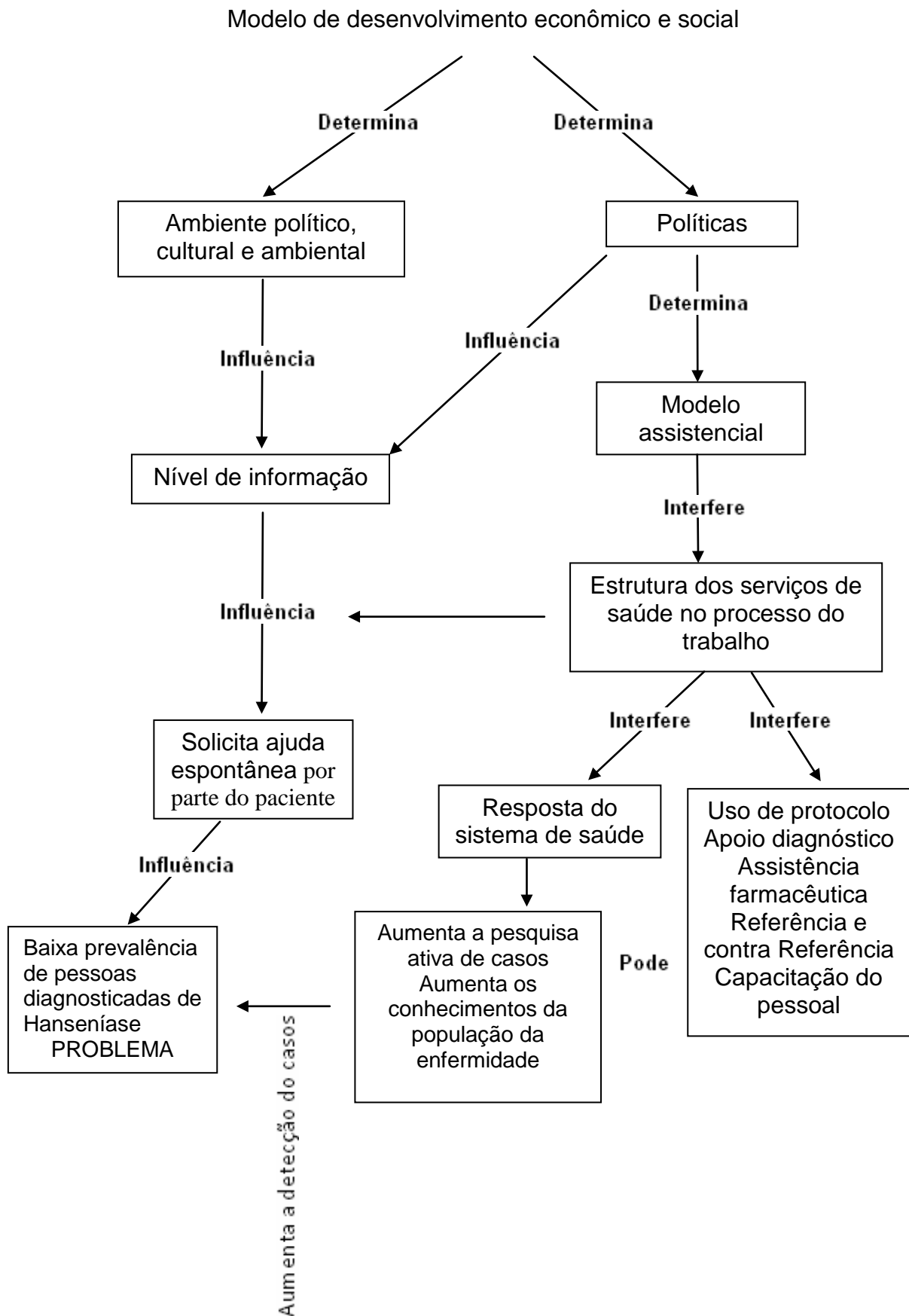
consequência da insuficiência de ações de promoção e prevenção de saúde, do trabalho dirigido ao atendimento de demanda espontânea e pela carga assistencial deste tipo de atendimento. Além disso, a pesquisa passiva, realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde é insuficiente, pois são eles que identificam 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.

É por isso que se faz necessário realizar uma intervenção educativa, para que os usuários tenham maior conhecimento e, portanto, maior controle da própria saúde.

O plano ou projeto de intervenção educacional proposto, a priori visa/objetiva melhorar o conhecimento sobre os fatores de risco relacionados à Hanseníase em pacientes residentes na área de abrangência do PSF Lagedo Grande, no Município de Santana do Ipanema/AL. O fluxograma a seguir mostra a árvore explicativa do problema.

## Fluxograma: **Árvore explicativa do problema**



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Elaborar um projeto de intervenção educativo para evitar proliferação de Hanseníase na UBS do Lajedo Grande no município de Santana do Ipanema-AL.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- ✓ Planejar a identificação da população mais vulnerável a se contaminar com Hanseníase;
- ✓ Evidenciar os fatores predisponentes que afetam a comunidade da UBS na erradicação referida doença;
- ✓ Desenhar estratégias para identificar o nível de conhecimento da população acerca da doença;
- ✓ Programar intervenção educacional visando a Formação de Líderes (facilitadores), tais como o ACS, na comunidade para enfrentar qualquer epidemia;
- ✓ Organizar ações para fomentar habilidades e hábitos comuns nas comunidades de autoexame da Pele com mancha para criar alternativa que erradique a Hansen.

#### 4 METODOLOGIA

Considerada a relevância da temática, o presente trabalho trata-se de 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, foi avaliado e analisado 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, tendo em vista os fatores de risco e de controle, que levou à identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas com vistas ao enfrentamento dos “nós críticos” a partir: 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.

Ainda, devemos considerar que a pobreza e a aglomeração das pessoas impedem as ações de controle da hanseníase, uma vez que a principal via de infecção da doença, por meio da proliferação do bacilo, ocorre através do contato prolongado com pessoas doentes eliminando, as quais transmitem os bacilos através das vias aéreas superiores (secreções nasais, tosses, espirros).

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 *et al* (2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento CAMPOS *et al* (2010).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase, também chamada de Mal de Hansen (MH) é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (ARAÚJO, 2003). É uma doença já mencionada desde os tempos bíblicos (EIDT, 2004). A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente de hanseníase, e a mais provável porta de abertura no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, o trato respiratório (BRASIL, 2002. p. 12-13).

De acordo com o guia prático elaborado pelo Ministério da Saúde (2001), o bacilo *Mycobacterium leprae* tende infectar um número considerável de pessoas, porém, estudos mostram que do total da população que vive em localidades de alta prevalência da doença, somente 10% das pessoas adoecem e, que o número de pessoas que acometidas pela doença é relevantemente, pequeno, levando em consideração que o organismo da maioria dos indivíduos apresenta resistência ao bacilo, onde o mesmo extermina do corpo humano, o bacilo.

Considerada uma doença polimorfa, a expressão das manifestações clínicas da hanseníase reflete a relação entre o hospedeiro e o parasita (HINRICHSEN, *et al*, 2004).

Doença infectocontagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen. Esse bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas (alta infectividade), mas poucos adoecem, (baixa patogenicidade). O poder imunogênico do bacilo é responsável pelo alto potencial incapacitante da hanseníase (BRASIL, 2005. p. 32).

De acordo com o expresso pelo Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde, através da Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009, no que se refere ao Diagnóstico das reações hansênicas ou estados reacionais, trata-se de alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes (às vezes levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT):

Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR): caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH): caracteriza-se por apresentar nódulos subcutâneos



dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite) (BRASIL/MS/SVS, 2010. p. 3).

Ainda referindo-se a portaria, acima referida, vela citar o que é preconizado para o tratamento das reações hansênicas é imprescindível:

Diferenciar o tipo de reação hansênica; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; Investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais; Conhecer as contraindicações e os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; Instituir, precocemente, a terapêutica medicamentosa e medidas coadjuvantes adequadas visando à prevenção de incapacidades; Encaminhar os casos graves para internação hospitalar (BRASIL/MS/SVS, 2010. P. 8-9).

Segundo o Boletim Epidemiológico da OMS, o Brasil ocupa a segunda posição em número absoluto de casos de hanseníase.

No continente americano, o Brasil concentra 80% de todos os casos da doença, sendo o único país das Américas onde a hanseníase é considerada endêmica. Devido à alta prevalência, a hanseníase é considerada um problema de Saúde Pública no Brasil, sendo doença de notificação compulsória - e investigação obrigatória - em todo o território nacional. As Regiões Norte e Nordeste apresentam as mais altas taxas de prevalência, concentrando maior parte dos casos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE *apud* EIDT, 2004. p. 77).

Diante do presente cenário e do elevado índice de detecção dos casos da doença, a Hanseníase é considerada endêmica no país.

Em Alagoas no ano de 2010, foram diagnosticados 383 casos novos em 59 Municípios, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 12,27/100.000 hab., o qual vem decaindo entre 2006 e 2010, porém considerado ainda alto, segundo os parâmetros nacionais. Dos casos novos detectados em 2010, 29 (7,6%) eram em indivíduos menores de 14 anos diante de isso faz-se necessário que os municípios revejam suas estratégias para a detecção de casos, uma vez que o diagnóstico da doença em Alagoas (ALAGOAS, 2011, p. 19).

Daí parte a necessidade da realização de um diagnóstico, precoce, requerendo, maior necessidade de busca ativa de casos dermatoneurológicos e avaliação oportuna dos contatos.

O diagnóstico diferencial da hanseníase é realizado através da Pesquisa da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil;

A Prova da histamina verifica o acometimento dos nervos pela aplicação de uma gota da substância na pele, seguida de uma picada para punção; já a prova da pilocarpina serve para a constatação de possível alteração na inervação das glândulas sudoríparas: trata-se de injeção intradérmica (alcança apenas as camadas superficiais da pele); por fim, a baciloscopia detecta a presença do Bacilo de Hansen, realizado por meio de análise microscópica e, ainda, a coleta de material para análise histopatológica através da biópsia da pele.

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, 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. p. 2).

A partir da busca por sinais da doença no paciente, passa-se a considerar um caso de Hanseníase se ele apresentar uma ou mais das seguintes características: A presença de lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade e o acometimento de um ou mais nervos associado à presença de espessamento neural e/ou Baciloscopia positiva. Outros sintomas se apresentam na forma de nódulos, diminuição de força nas mãos e nos pés, formigamento e/ou dor nas mãos e antebraços, pernas e pés, nariz entupido, feridas e sangramento nasal, ressecamento dos olhos e queda dos pelos.

O bacilo de Hansen tem capacidade para infectar um número considerável de pessoas, porém, algumas delas adoecem, porque a maioria das pessoas apresenta boa defesa do organismo contra o bacilo (BRASIL, 2010). A analogia/relação que o bacilo apresenta através da pele e nervos periféricos produzem características peculiares da doença, que permitem facilitar o seu diagnóstico na maior parte dos casos (ARAÚJO, 2003).

Ainda existem outras formas de diagnóstico da hanseníase identificadas a partir da presença de anestesia em lesões cutâneas baseado em alguns sinais cardinais, sugestivas da doença, onde deve-se levar em conta, além das manifestações dermatológicas, o espessamento de nervos periféricos, a demonstração do *M. Leprae* no esfregaço de linfa ou cortes histológicos de tecidos.

A Hanseníase apresenta quatro, diferenciadas, formas de manifestação, onde cada uma está caracterizada clinicamente de forma diferente, conforme descrições apresentadas a seguir:

**Hanseníase indeterminada** (Ver figura 1): Caracteriza-se por manchas esbranquiçadas na pele, únicas ou múltiplas. Nesta, pode haver cura espontânea da doença, mesmo sem tratamento. O teste de sensibilidade apresenta alterações de sensibilidade térmica, na maioria das vezes, com preservação das sensibilidades dolorosas ao tátil. As manchas apresentam limites imprecisos. Para fins de tratamento a classificação operacional dessa forma é a Paucibacilar (Pb).

**Figura 1** – Hanseníase Indeterminada



Fonte: [www.google.com.br/imagens](http://www.google.com.br/imagens)

**Hanseníase Tuberculóide** (Ver figura 2): já esta apresentação da doença está caracterizada por lesões em placas na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, manchas hipocrômicas nítidas e bem definidas. Também pode ocorrer a cura espontânea. Nessa apresentação ocorre queda de pêlos na região das manchas e alterações da sensibilidade térmica, dolorosa tátil. Sua classificação operacional para fins de tratamento é a Paucibacilar (Pb).

**Figura 2 – Hanseníase Tuberculóide**



Fonte: [www.google.com.br/imagens](http://www.google.com.br/imagens)

**Hanseníase Virchowiana** (Ver figura 3): Esta forma da doença apresenta disseminação de lesões na pele, que podem ser eritematosas, enfilhativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição assimétrica. Há nesse tipo de Hanseníase, em geral, infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílio (Madarose). Comumente, essa infiltração de face chama-se de “face leonina”. Pois, existem alterações de sensibilidade das lesões de pele e acometimento de troncos nervosos, porém, não tão precoces como na forma tuberculóide. A classificação para fins de tratamento é Multibacilar (Mb).

**Figura 3 – Hanseníase Virchowiana**



Fonte: [www.google.com.br/imagens](http://www.google.com.br/imagens)

**Hanseníase Dimorfa** (Ver figura 6): Nesta forma da doença as lesões de pele são bem definidas, sem ou com raros bacilos, ao mesmo tempo, que as lesões enfilhativas mal delimitadas. Essa forma de Hanseníase oscila entre as manifestações da forma tuberculoide e Virchowiana.

Uma mesma lesão pode apresentar bordas interna nítida e externa difusa. Há um alto risco dos pacientes com essa forma de hanseníase desenvolver deformidades e incapacidades físicas, pois, o comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes. A classificação operacional para fins de tratamento é a Multibacilar (Mb).

**Figura 4 – Hanseníase Dimorfa**



Fonte: [www.google.com.br/imagens](http://www.google.com.br/imagens)

## 5.1 Tratamento

O tratamento da Hanseníase para os casos Paucibacilar (Pb) e Multibacilar (Mb) são realizados mediante o cumprimento de um esquema que deve obedecer um prazo de 6 (seis) meses, os quais estão apresentados a seguir:

### 5.1.1 Esquema Paucibacilar (PB)

Neste esquema é introduzida: Rifampicina 600m (2 comp. De 300mg) e Dapsona de 100mg. A dosagem descrita é referente a um mês de tratamento, no qual a dose diária é de 100mg de Dapsona até completar 28 dias. A dose mensal é supervisionada por profissional Médico ou Enfermeiro na Unidade Básica de Saúde.

### **5.1.2 Esquema Multibacilar (MB)**

Neste tratamento o período de duração é de 12 (doze) meses, o esquema é: Rifampicina 600mg (02 comprimidos); Clofazimina 50mg (03 comprimidos de 100 mg); e, Dapsona 100mg (01 comprimido). Essa dosagem é mensal e supervisionada pelo mesmo profissional da UBS, citado no esquema anterior. A dose diária é de Dapsona de 100mg + Clofazimina 50mg até completar os 28 dias.

## 6 PLANO DE AÇÃO

Segundo Campos *et al* (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 demonstrado no quadro abaixo, no qual se elege como priorização do problema, a Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase, conforme apresentados a seguir (Ver tabela 7):

**Tabela 7: Principais problemas**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfreamento	Seleção
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	parcial	4
<b>Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na USF (Nó crítico)</b>	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de vectores	Alta	7	parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolíticos	Alta	6	parcial	3

## 6.2 Explicação do problema

A deficiência da ESF no momento está ocasionando a proliferação dos casos de Hanseníase, pois, sem a identificação precoce casos positivos ficam obscuros e sem tratamento, disseminando a doença.

## 6.3 Identificação dos “nós críticos”

- ✓ Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas, prescrições ilegíveis.
- ✓ Dificuldade de entendimento das orientações → baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador
- ✓ Falta de cuidador;
- ✓ Falta de medicamentos na Unidade de Saúde;
- ✓ Déficit de conhecimento sobre a doença;
- ✓ Estrutura dos serviços de saúde.

## 7 Elaboração do Plano Operativo

### 7.1 Operações sobre o nó crítico Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase na população referenciada pela ESF do Lagedo Grande no município de Santana do Ipanema/AL

<b>Nó Crítico</b>	<b>Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com Hanseníase</b>
<b>Operação</b>	Estabelecer práticas educativas de capacitação da equipe da ESF do Lagedo Grande em Santana do Ipanema/AL
<b>Projeto</b>	Desenvolvendo autocuidado (Desenvolver ações de Autocuidado Dermatoneurológico)
<b>Produto esperado</b>	Cobertura de consultas da UBS e avaliação por Especialista dos 100% de pacientes com suspeita de Hanseníase
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Médico da UBS; Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município; Assessoria Técnica da Gerência regional e estadual.



## 7.2 Operações: Resultados, Ações, Responsáveis e prazo

Operações/pr objeto	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Saiba mais sobre a Hanseníase</b>	População mais informada sobre a enfermidade Hanseníase	Realização de Palestras de Hanseníase em cada micro área	Maria Telma Soares Costa (Tec. enfermagem da ESF)	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual de Hanseníase na sala de espera da UBS		Início dois meses
<b>Contribuímos com seu melhor cuidado</b>	Adequação da oferta de consulta à demanda.	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com suspeita de Hanseníase	Coordenação da Vigilância Epidemiológica	Início em três meses
	Melhorar o trabalho da equipe no controle efetivo da doença	Promover atividades de capacitação da equipe.	Coordenação da Vig. Epidemiológica.	Início em dois meses
		Promover palestras, semanalmente, antes do início da consulta.	Martha Da Silva Leite (Enfª e Diretora do Centro de Saúde)	Início em dois meses
		Administrar os micros filamentos para avaliação do paciente	Martha Da Silva Leite (Enfª e Diretora do Centro de Saúde)	Início em dois meses
		Administrar flúor dental sem sabor para a avaliação do paciente	Martha Da Silva Leite (Enfª e Diretora do Centro de Saúde)	Início em dois meses
		Promover 03 (três) treinamentos em ações de Controle de Hanseníase para profissionais da equipe	Médico Dermatologista	Início em dois meses
<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialistas do 100% de pacientes com suspeita de Hanseníase	Linha de cuidado para pacientes com suspeita de Hanseníase	Yismai Baile Labrador (médico do ESF)	Início em três meses
		Recursos humanos capacitados	Yismai Baile Labrador (médico do ESF)	Início em dois meses
		Gestão de linha de cuidado implantada	Martha Da Silva Leite (Enfermeira Diretora do Centro de Saúde)	Início em três meses

### 7.3 Controle dos recursos críticos e viabilidade do plano

Apresentação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas e proposta de ações para a motivação dos atores envolvidos:

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	
		Ator que controla	Motivação
<b>Saiba mais de Hanseníase</b>	<b>Político-</b> conseguir espaço na divulgação local.	Setor de comunicação social	Indiferente
	<b>Financeiro-</b> aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretário de Saúde	Indiferente
<b>Contribuímos com seu melhor cuidado</b> Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	<b>Político-</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço <b>Financeiros-</b> recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Prefeito municipal	Indiferente
		Secretário Municipal de Saúde	Indiferente
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente
<b>Linha de cuidado</b>	<b>Político-</b> articulação entre os setores assistenciais da saúde e adesão dos profissionais <b>Financeiros-</b> recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos)	Secretário Municipal de Saúde	Favorável

### 7.4 Causas e consequências da não adesão

As causas apontadas para a não adesão estão fundamentadas no pouco conhecimento da doença de Hanseníase devido à má difusão da mesma: Orientação (complexidade na realização do auto-exame); Dificuldades (baixa escolaridade/analfabetismo); Baixa capacitação dos agentes comunitários de saúde atuantes; Más condições higiênicas sanitárias; e, Situação socioeconômica desfavorável.

Vale enfatizar, que a consequência da não adesão, resulta: Dificuldade de controle das incapacidades → risco irreversibilidade aumentado → aumento das complicações de hanseníase (Neurites, Parálisia, Osteíteis plantar) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

## **7.5 Recomendações**

Mediante ações e estratégias apresentadas, 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;

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 através da Assistência Farmacêutica e outros recursos necessários para a reabilitação/recuperação da saúde do indivíduo, no âmbito municipal, proporcionando a assistência integral.

## 8 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.

No entanto, o estudo possibilitou analisar e entender a percepção dos profissionais de saúde, as práticas de educação em saúde aplicadas no controle da Hanseníase, em unidades de Saúde da Família no município de Santana do Ipanema. E, que 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsms.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-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008&lng=en&nrm=isso)

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.

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.