

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

RAFAELA ARAUJO VIEIRA ALMEIDA

APRIMORAMENTO DA BUSCA ATIVA AOS PORTADORES DE HANSENÍASE
NO MUNICÍPIO DE PRATA – MG

UBERABA – MINAS GERAIS

2014

RAFAELA ARAUJO VIEIRA ALMEIDA

**APRIMORAMENTO DA BUSCA ATIVA AOS PORTADORES DE HANSENÍASE
NO MUNICÍPIO DE PRATA – MG**

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

Orientadora: Irlene Aparecida Nogueira

UBERABA – MINAS GERAIS

2014

RAFAELA ARAUJO VIEIRA ALMEIDA

**APRIMORAMENTO DA BUSCA ATIVA AOS PORTADORES DE HANSENÍASE
NO MUNICÍPIO DE PRATA – MG**

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

Orientadora: Irlene Aparecida Nogueira

Banca Examinadora:

Profa. Irlene Aparecida Nogueira - Orientadora

Profa.: Fernanda Bonato Zuffi - Examinadora

Aprovado em Uberaba em: 09 de fevereiro de 2014.

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais que sempre me apoiaram tanto nos bons momentos, quanto nos momentos de tristeza, me incentivando na realização do curso. Também agradeço a Deus que me protegeu durante a viagem no percurso da estrada.

Agradeço,

à todos os tutores que foram tão gentis e carinhosos, me acolhendo de maneira amável, sempre sanando todas as minhas dúvidas com o máximo de paciência e respeito por mim,

à minha gestora Noilma Passos Macedo por acreditar no meu trabalho e na minha competência, pelo grande apoio, me incentivando em todos os momentos, demonstrando grande carinho , dedicação e entendimento quanto a mim,

à enfermeira Alessandra Cristina Vigilato por me passar todos os seus conhecimentos, pela paciência e pela grande amiga que foi e que continuará sendo.

“Se a doença ferir o teu corpo,
não deixe que a contamine tua alma!”

EDER LU.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção para a atenção primária de saúde de acordo com os problemas levantados através de informações apuradas por meio de um diagnóstico situacional realizado na equipe de saúde do programa saúde da família do bairro Cruzeiro do Sul, no município de Prata, Minas Gerais. Visa inserir ações de rotina que auxiliem na busca ativa de portadores de hanseníase através da estratégia saúde da família. Por ser uma doença bastante antiga, mas que até hoje gera muitas dúvidas e indecisões em toda a população, incluindo os profissionais de saúde, o tema foi escolhido devido à sua grande relevância no campo da saúde. No presente estudo, serão apresentados dados históricos e clínicos da doença, bem como formas de tratamento e cura da hanseníase, além de um plano de intervenção elaborado de acordo com as necessidades encontradas no município. Como resultado, espera-se o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde através da capacitação destes trabalhadores, sendo capazes de desenvolver ações que orientem os usuários do sistema municipal de saúde quanto à importância do diagnóstico precoce da doença, tornando-os aptos a identificar os primeiros sinais e sintomas da hanseníase, encaminhando o paciente adequadamente para começar o tratamento imediato, prevenindo assim, o contágio da doença.

Palavras – chave: Hanseníase, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention for primary health care in accordance with the issues raised by information collected through a situational analysis conducted in the health team of the family health program in the Southern Cross neighborhood in the city of Silver Minas Gerais. Visa insert routine actions that assist in the active search for leprosy patients through the family health strategy. Being a very old disease, but that even today raises many doubts and indecision in the whole population, including health professionals, the theme was chosen because of its great importance in the health field. Historical data and clinical disease, as well as forms of treatment and cure of leprosy will be presented, along with a plan of action drawn up in accordance with the requirements found in the city in the present study. As a result, wait - the improvement of health professionals through training these workers, being able to develop actions to guide users of the municipal health system of the importance of early diagnosis of the disease, making - able to identify the early signs and symptoms of leprosy and sent the patient properly to begin immediate treatment, thus preventing the spread of disease.

Keyword: Leprosy, Primare Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População cadastrada na ESF Cruzeiro do Sul de acordo com a faixa etária.....	15
Quadro 2 – População classificada de acordo com o grau de risco.....	15
Quadro 3 – Indicadores da ESF Cruzeiro do Sul.....	16
Quadro 4 – Número de casos de hanseníase de 2009 a 2012.....	18
Quadro 5 – Percentual dos contatos de hanseníase examinados em 2012.....	19
Quadro 06 - Capacitação dos enfermeiros junto à SRS sobre a hanseníase para assim passar de forma correta as informações para os outros membros da equipe de saúde, incluindo os ACS, médicos, dentistas e técnicos de enfermagem.....	37
Quadro 07 – Inserção da ficha de busca ativa aos portadores de hanseníase.....	38
Quadro 08 – Levantamento da população de risco.....	39
Quadro 09 – Realização de palestras para fornecer informações sobre a hanseníase a toda à população independente do grau de risco.....	40
Quadro 10 – Treinamento do teste de sensibilidade.....	41
Quadro 11 – Fazer a vigilância dos contatos registrados dos casos confirmados de hanseníase.....	42
Quadro 12 - Elaboração de um protocolo específico para a consulta do suspeito de hanseníase.....	43

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Hanseníase Indeterminada.....	30
Figura 02 – Hanseníase Tuberculóide.....	31
Figura 03 –Hanseníase Virchowiana.....	32
Figura 04 – Hanseníase Dimorfa.....	33

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	12
1.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	20
1.3 OBJETIVO GERAL.....	21
1.4 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	21
1.5 METODOLOGIA.....	22
2 – REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 História da hanseníase.....	23
2.1.1 A doença no Brasil.....	23
2.1.2 Medidas de controle.....	24
2.1.3 Hospitais colônias.....	25
2.1.4 Prevalência no Brasil.....	26
2.2 Aspectos epidemiológicos.....	26
2.2.1 Diagnostico laboratorial.....	27
2.2.2 Modo de transmissão.....	27
2.2.3 Sinais e sintomas.....	28
2.3 Teste de sensibilidade.....	29
2.4 Tipos de hanseníase.....	29
2.4.1 Forma Indeterminada.....	30
2.4.2 Forma Tuberculóide.....	30
2.4.3 Forma Virchowiana.....	31
2.4.4 Forma Dimorfa.....	32
2.5 Tratamento.....	33
3- PLANO DE AÇÃO.....	35
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho foi possível de ser realizado por meio de especialização de saúde da família pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG em parceria com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM na modalidade à distância, através do Programa de Valorização do Profissional de Saúde - PROVAB, custeado pelo Ministério da Saúde, que proporciona grande aprendizado devido à junção do referencial teórico, juntamente com a vivência em campo, colocando em prática o que é aprendido no curso. Sendo extremamente proveitosa devido à flexibilidade e acessibilidade dos estudos por meio do computador, oferecendo uma busca mais aprofundada pelos temas abordados, fazendo com que se adquira maior aprendizado sobre o conteúdo programado.

O contexto saúde da família é hoje muito visado e comentado devido ao imenso crescimento nos últimos anos, mas o que é exatamente? É uma estratégia criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a proposta de aprimorar o modelo assistencial através de equipes multidisciplinares que são responsáveis por um número de famílias de um determinado espaço demográfico atuando principalmente nas estratégias vinculadas à promoção e prevenção das doenças da população.

A hanseníase é uma das doenças mais antigas do mundo, pois surgiu há milhares de anos atrás, relatos e estudos estimam que antes mesmo do surgimento de Cristo no ano de 1350. É também conhecida por lepra, morféia, mal de Hansen e mal de Lazaro. Teve seu nome denominado de hanseníase em homenagem ao descobridor do micro-organismo chamado Gerhard Armauer Hansen (BOTELHO, 2002).

Por vários séculos foi considerada castigo divino, devido às deformidades e mutilações que causavam ao portador, já que sempre evoluía para formas mais graves pelo fato de não ser conhecida uma cura para a doença, causando em todo o mundo danos e perdas irreparáveis tanto fisicamente como psicologicamente.

Dados revelam que o nosso país é o único da América Latina que ainda não conseguiu erradicar a doença, estando no ranking mundial em segundo lugar, ficando atrás somente da Índia nos países com mais notificações de casos. É uma doença endêmica que acomete pessoas de todo o mundo. Infecto contagiosa de evolução crônica e difícil diagnóstico devido à falta de informação da população e até mesmo dos profissionais de saúde de nosso país (ZOE, 2003).

É classificada de acordo com as manifestações clínicas e resultados do exame de baciloscopia do paciente. Apresenta – se por quatro tipos distintos: forma indeterminada que corresponde à

forma inicial da doença, forma tuberculóide que é o tipo mais benigno das lesões, forma dimorfa que corresponde à forma intermediária e a virchowiana forma mais grave da doença com grande número de lesões e acometimentos sistêmicos no corpo do portador. É classificada também quanto ao número de lesões na pele em paucibacilares e multibacilares (SILVA, 1997).

Acomete a região cutânea da pele e os nervos do sistema nervoso periférico, levando o indivíduo a adquirir deformidades que se não forem tratadas no tempo certo e com o medicamento correto, serão definitivas na vida do paciente, constituindo um grave problema de saúde nos dias atuais.

Apesar de todos os avanços tecnológicos o tratamento para a hanseníase foi descoberto tardiamente em meados do século XX e só em 1986 foi introduzida no Brasil a poliquimioterapia, instrumento fundamental no combate à doença usado até hoje em todos os estabelecimentos de saúde. Ainda há pessoas que têm preconceitos e pensam que vão adquirir a doença através do contato direto com o portador. Realmente, se não tratada corretamente, a doença adquire imunidade e pode ser transmitida para terceiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Sendo assim, é de grande importância a identificação precoce da doença pelos profissionais da atenção básica, pois a unidade de saúde é a porta de entrada das famílias, sendo o primeiro contato dos pacientes com o profissional, principalmente quando se trata de uma doença que já deveria ter sido erradicada há tempos em todo o país, entretanto nossa realidade é outra e, ainda existem notificações de pacientes portadores da doença em nosso município.

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Prata é o maior município em extensão territorial do Triângulo Mineiro e segundo maior do Estado, encontra-se margeado pelas rodovias BR 153 (Transbrasiliana) e MGT 497, no centro desta importante região a uma altitude de 631 metros e 630 Km de distância da capital Belo Horizonte.

A economia é predominantemente conferida pela pecuária (bovina e suína). Há também atividades relacionadas à agricultura (cana de açúcar, laranja, soja, abacaxi), indústrias de laticínios, alimentícia, química, madeira para fabricação de lápis – Faber Castell, transformação e reflorestamento (pinus, eucalipto, seringueira).

O município tem uma população segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, de 26.139 habitantes, residindo aproximadamente 25% na área rural. Apresenta densidade demográfica de 5,32 e a taxa de crescimento anual de 2006 a 2009 foi de 5,6%. O número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) é de 8.066, representando 61,7% da população feminina total. O número de nascidos vivos foi de 351 em 2010 e ocorreram 211 óbitos no mesmo período.

Quanto aos serviços de Saúde, pertence à Macro região do Triângulo Norte, Micro – região de Uberlândia/Araguari e Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Uberlândia.

O município conta com vinte e um estabelecimentos de saúde, sendo doze deles públicos e nove privados. Os estabelecimentos públicos estão divididos em oito Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, uma Clínica Especializada, uma Policlínica, um Posto de Saúde e um Pronto Atendimento. O único hospital existente é privado e disponibiliza vinte e cinco dos trinta e três leitos disponíveis ao SUS, sendo cinco de oito cirúrgicos, dez de doze clínicos, sete de nove obstétricos e três de quatro para outras especialidades. Temos, portanto, 1,2 leitos existentes por 1.000 habitantes e 0,9 leitos SUS por 1.000 habitantes.

O município conta atualmente com cinco Equipes de Saúde da Família. Essas equipes atendem cerca de 5.500 (cinco mil e quinhentas) famílias e aproximadamente 17.000 (dezessete mil) pessoas, aproximadamente 66% da população da área urbana. Todas as unidades de ESF estão localizadas em região de fácil acesso e locadas em prédios próprios e construídos especificamente para atender às equipes de Saúde da Família. Apenas uma delas está instalada em prédio adaptado e alugado.

A equipe de Saúde PSF Cruzeiro do Sul está instalada em sede própria, localizada na Rua Presidente Antônio Carlos, nº 860, bairro Cruzeiro do Sul, com o número de CNES 2145642.

A unidade funciona de segunda a sexta – feira das sete da manhã às cinco da tarde, e as segundas – feiras também das sete horas da noite até as nove, para realização do horário do trabalhador semanalmente e os profissionais têm jornada de quarenta horas semanais. Conta com uma população cadastrada de aproximadamente 3.467 pessoas atualmente (Quadro 01).

A equipe de saúde Cruzeiro do Sul é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório, oito agentes de saúde, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de limpeza, além de uma equipe de apoio composta por pediatra, psicólogo e fisioterapeuta.

É uma importante área do ponto vista socioeconômico, pois, abrange parte da região central da cidade estendendo-se para a região periférica. Apresenta em sua área de alcance o segundo bairro mais perigoso do município, tanto em relação ao índice de criminalidade quanto a problemas sociais, como existência de fossas, contaminação de água, uso de drogas e bebida alcoólica, gravidez indesejada e outros.

Contam com apoio logístico para viabilizar a integração com a atenção especializada. O agendamento das consultas com especialistas ocorre através de cotas pré-estabelecidas, pela secretária municipal de saúde, sendo o mesmo número por unidade, que o faz por critério de classificação de risco, realizado pela enfermeira responsável ou pelo médico de saúde da família. Não há demanda reprimida de exames laboratoriais.

Para abordagem familiar é utilizada a Ficha A pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS. Utiliza-se na rotina as linhas guia do Estado. São realizadas na unidade, cerca de 4.000 consultas básicas anuais e entre as especialidades ofertadas pelo município existe uma demanda reprimida de consultas de Cardiologia e Oftalmologia e o tempo médio de espera entre solicitação de consulta especializada e agendamento é de cerca de vinte dias. São realizados mensalmente cerca de 100 exames laboratoriais e o tempo médio entre a solicitação e o resultado é de quinze dias. Os critérios adotados para solicitação de exames são as necessidades de saúde dos usuários.

As visitas domiciliares do médico e enfermeira são realizadas quando solicitadas pelo ACS. As das técnicas de enfermagem são feitas para curativos ou conforme necessidade. Quanto à visita dos ACSs, é considerado o grau de risco para definir a periodicidade. O monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes é feito pelo enfermeiro semanalmente em reuniões e através do relatório de visitas. Embora exista uma ficha de referência e contra-referência, ainda não é utilizada pelos profissionais.

Quadro 01 – População cadastrada na ESF Cruzeiro do Sul de acordo com a faixa etária:

Faixa etária	População total	Homens	Mulheres
< 1 ano	54	33	21
1 a 4 anos	192	109	83
5 a 9 anos	294	149	145
10 a 14 anos	282	134	148
15 a 59 anos	2.046	1.179	867
60 a 79 anos	460	174	286
> 80 anos	55	31	24
População recém-cadastrada	84		
Total	3.467	1.809	1.574

Fonte: Coordenação ESF Prata – MG 2013

Quanto à classificação de risco as famílias são separadas nos arquivos por cores: vermelho, laranja, amarela e verde que significam respectivamente: risco alto, risco médio, risco baixo e sem riscos. (Quadro 02)

Quadro 02 – População classificada por grau de risco:

Classificação por Grau de Risco			
Sem risco	Baixo risco	Médio risco	Alto risco
623	220	184	17

Fonte: Coordenação ESF Prata – MG 2013.

Quadro 03 – Indicadores do PSF Cruzeiro do Sul:

INDICADORES	MICR. 01	MICR. 02	MICR. 03	MICR. 04	MICR. 05	MICR. 06	MICR. 07	MICR. 08	TOTAL
Famílias cadastradas	184	133	170	159	147	174	117	141	1225
População usuário do SUS (Família)	184	133	170	159	147	174	117	141	1225
Chefes de família analfabetos	16	23	05	16	15	40	01	10	126
Famílias em extrema pobreza	01	01	00	00	00	00	00	02	04
Casas de tijolos	183	133	168	159	147	174	117	141	1222
Diabéticos	11	07	09	13	18	16	08	05	87
Hipertensos	101	57	67	68	75	96	32	42	538
Acamados	02	00	00	01	01	03	00	03	10
Gestante de alto risco	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Gestante de risco habitual	09	02	04	02	03	02	02	02	26
Tuberculose	02	00	00	00	00	00	00	00	02
Hanseníase (Doentes e acom. Pós-alta)	01	00	01	00	01	00	00	01	04
Adultos com risco cardiovascular	07	07	09	06	02	08	00	02	41
Adultos com risco para saúde mental	23	10	09	12	13	18	00	03	88
Pacientes com câncer	01	02	03	02	03	00	01	01	13
Pacientes cadeirantes	00	00	00	02	03	01	00	00	06
Pacientes usuários de prótese (não inclui prótese bucal)	00	02	00	00	01	00	00	00	03
Pacientes com feridas crônicas	00	01	01	00	01	02	00	00	05
Pacientes com necessidade de visita	04	02	07	07	05	05	02	06	38

domiciliar									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Coordenação ESF Prata – MG 2013.

No município de Prata, Minas Gerais, atualmente estão notificados seis casos de hanseníase onde todos estão em tratamento, porém novos casos sempre estão sendo descobertos pelos profissionais de saúde que atuam no monitoramento das famílias e da população em geral.

Segundo dados atualizados da SRS de Uberlândia em 2012 foram descobertos oito novos casos da doença no município no ano de 2011 ao ano de 2012. A Regional de Saúde teve um aumento de cerca de 14% da doença nas cidades que assiste em seu território de abrangência.

No ano de 2009 o município de Prata contava com sete casos da doença, número que diminuiu para seis novos casos em 2010, se manteve em 2011 e cresceu em 2012 chegando a oito casos notificados em adultos, desse número quatro foram paucibacilares e quatro multibacilares. Em crianças abaixo de quinze anos, não foi detectado nenhum indicio da doença. (Quadro 04)

Quadro 04 – Número de casos de hanseníase de 2009 a 2012

MUN. RES. ATUAL	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Abadia dos Dourados	1	0	0	0	1
Araguari	11	9	8	4	32
Araporã	0	0	0	3	3
Coromandel	0	1	0	3	4
Douradoquara	0	0	0	1	1
Estrela do Sul	1	0	0	0	1
Indianópolis	0	1	0	1	2
Monte Alegre de Minas	5	5	5	1	16
Monte Carmelo	7	10	6	7	30
Nova Ponte	0	1	1	0	2
Patrocínio	8	12	6	13	39
Prata	7	6	6	8	27
Romaria	1	0	0	0	1
Tupaciguara	1	2	4	2	9
Uberlândia	72	49	57	66	244
TOTAL	114	96	93	109	412

Fonte: SRS Uberlândia

Dados revelaram que a maioria dos diagnósticos da hanseníase ocorreu de forma passiva, ou seja, por encaminhamento dos profissionais de saúde e não por exames dos contatos. Outro fator mencionado é o baixo percentual de demanda espontânea, demonstrando a necessidade

de uma educação em saúde para que assim a população conheça melhor a doença, podendo reconhecê-la e buscar atendimento nas unidades para o tratamento precoce.

Quando se fala do exame de contatos todos os municípios com a SRS em Uberlândia atingiram a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é no mínimo 75% dos contatos examinados, só a cidade de Prata ficou abaixo desse percentual, revelando a necessidade de maior conhecimento e melhoria nas ações quanto à doença no município. (Quadro 05)

Quadro 05 – Percentual dos contatos de hanseníase examinados em 2012.

MUN. RESIDÊNCIA	CONTATOS REGISTRADOS	CONTATOS EXAMINADOS	PORCENTAGEM
PRATA	30	21	70%

Fonte: SRS Uberlândia

1.2 JUSTIFICATIVA

Na cidade de Prata todas as unidades de saúde devem cumprir metas diariamente que são utilizadas como indicadores de um bom trabalho na atenção básica em saúde. Feito isso, o município recebe incentivos para melhorias nas unidades. Sendo assim, uma das metas pactuadas é a busca ativa, exame dos contatos expostos e o tratamento dos casos de hanseníases que é ofertado gratuitamente pelo município. Porém, existem muitas dúvidas quanto ao reconhecimento desta doença frente aos profissionais de saúde o que em muita das vezes, faz com que este profissional deixe de investigar pessoas com sinais da doença por despreparo e falta de conhecimento culminando assim em perda de recursos para a cidade que poderiam ser usados em programas de saúde para melhorias a toda a população.

1.3 OBJETIVO GERAL

Aprimorar o modo como a hanseníase é visto no município, desde a prevenção até o tratamento, através da elaboração de um plano de ação que será implantando primeiramente na ESF Cruzeiro do Sul e depois nas demais unidades.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Capacitar os profissionais de saúde quanto à busca ativa do paciente portador de hanseníase e, sanar dúvidas compartilhadas por todos das unidades de saúde, mostrando a importância da doença no município.
- b) Inserir a ficha de busca ativa aos portadores da doença através das visitas dos agentes de saúde à casa das famílias cadastradas, de modo que possam identificar e encaminhar este paciente para a unidade de saúde.

1.5 METODOLOGIA

A metodologia usada inicialmente neste trabalho foi o levantamento de dados para conhecimento do perfil epidemiológico e a situação da hanseníase no município de Prata, Minas Gerais através de fonte de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dados da Superintendência Regional de Saúde e informações na secretária de saúde da cidade. Para elaborar o estudo foi utilizada a Metodologia arco de Maguerez que consiste no estudo de cinco pontos: observação da realidade, identificação dos problemas, teorização, hipótese da solução e aplicação na prática (APARECIDA, 2011).

A pesquisa dos livros e artigos foi realizada no site do Ministério da Saúde e em outros sites de pesquisa, como breme e google, utilizando – se os seguintes descritores: hanseníase, cuidados de enfermagem, exame dos contatos, detecção da doença, tipos de hanseníase. O período de busca das publicações foi do ano de 2000 até os dias atuais, exceto publicações básicas anteriores.

2.0 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 História da Hanseníase

A hanseníase é uma doença conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, sendo manifestada principalmente por lesões cutâneas com diminuição da sensibilidade. Tais características são causadas por um agente denominado *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) causador da doença de Hansen (EIDTH, 2004).

Estudiosos afirmam que até o século XVI o nome lepra era usado para denominar todas as lesões causadas na pele, sejam por queimaduras, lúpus, sífilis, escarlatina, escabiose, descamações, câncer de pele e a lepra verdadeira. Sendo o doente considerado pecador, pois a lepra significava prova corporal do pecado com a manifestação da carne pelos pecados da alma (ZOE, 2003).

Nas cidades acometidas pela doença, qualquer coisa ou pessoa poderia ser temida, cabendo aos sacerdotes a missão de diagnosticar e tratar a doença através de sacrifícios, purificações e rituais que envolviam técnicas brutais como a queima de objetos, flagelos e torturas psicológicas para a purificação divina (ZOE, 2003).

Apenas em 1873 a bactéria causadora da enfermidade foi descoberta pelo norueguês Armauer Hansen e as crenças de que a doença era fruto do pecado, hereditária ou castigo divino foram afastadas, comprovando sua natureza infecto contagiosa.

Apesar de a doença existir a muitos séculos, apenas na década de setenta, o médico brasileiro Abraão Rotberg tomou a iniciativa de denominar a doença no Brasil pelo nome de hanseníase, pois estava preocupado com a discriminação que as pessoas sofriam já que a doença era conhecida por lepra (BRASIL, 2008).

2.1.1 A doença no Brasil

A hanseníase difundiu - se no continente europeu e teria sido levada para a Itália e aos poucos espalhou - se pela Europa permanecendo endêmica por muitos séculos a diante. Com a colonização das Américas os imigrantes europeus trouxeram a doença, principalmente os portugueses e os africanos, tornando a América Latina uma nova área endêmica (BOTELHO, 2002).

Historiadores afirmam que os primeiros casos da doença foram notificados em 1600 na cidade do Rio de Janeiro, outros focos também foram identificados na Bahia e no Pará. Em 1904, com a primeira grande reforma sanitária do país efetuada pelo cientista Oswaldo Cruz, a doença passou a ter notificação compulsória.

Neste período de revoluções, conceitos de microorganismos e contágios passaram a vigorar na opinião médica brasileira, tornando os hospitais inadequados para tratar a doença, dessa forma, surgiu à idéia de confinar os pacientes em áreas fechadas e reclusos do mundo exterior. Esta medida foi patrocinada por médicos famosos e de renome da época (RODRIGUES, 2010).

Ainda segundo Rodrigues (2010), em 1916, foi criada a Comissão de Profilaxia da Lepra no Rio de Janeiro, no mesmo ano, foi presidido na cidade o 1º Congresso Americano de Lepra para as autoridades discutirem sobre o rumo da doença no Brasil, a fim de implantar medidas de controle e contenção da doença. O período de 1912 a 1920 é conhecido como a fase intermediária da história da doença através do reconhecimento da questão pelas autoridades sanitárias.

2.1.2 Medidas de controle

No Brasil, a terapêutica empregada para todos os tipos de doença era o uso de ervas, principalmente as baseadas na medicina indígena, acrescentando mais tarde os tratamentos trazidos pelos jesuítas e africanos na colonização. Tentativas com picadas de cobra, banhos termais, choques elétricos, sangrias e alimentação específica também foram mais tarde introduzidas. (ZOE, 2003).

Diante dos fatos, o tratamento para a doença da hanseníase estava inserida neste contexto, usando – se plantas medicinais para o tratamento e cura da doença, o que na maioria das vezes resultava em tentativas desastrosas e sem sucesso continuando a disseminação e transmissão da doença levando as autoridades a procurar outros meios de contenção da moléstia (BOTELHO, 2002).

As instruções para os leprosos eram claras e objetivas. Não podiam frequentar lugares com aglomeração de pessoas como igrejas, casas e hospedarias, era proibido tocar objetos de uso comum da população sem luvas. Eram obrigados a usar vestimentas especiais e carregar sinos que anunciassem sua presença. Algumas leis impostas pela coroa proibiam os leprosos de se casarem para não transmitirem a doença para seus respectivos parceiros (ZOE, 2003).

Na Conferencia sobre a Lepra em Berlim em 1897, Hansen, o descobridor da doença, recomendou que a melhor maneira de diminuir a transmissão da doença era o isolamento dos portadores trazendo assim, uma nova fase de tratamento para a doença em todo o mundo através dos hospitais especializados.

Com os esforços para diminuir a transmissão da doença em todo o mundo, pesquisadores, médicos e cientistas chegaram à conclusão de que o isolamento era a melhor opção de tratamento no momento, conceito este reforçado pela descoberta que a doença era transmitida de pessoa a pessoa por meio de contato direto e não de forma hereditária como se pensava até então.

Segundo Eidth (2004), o isolamento dos pacientes no Brasil teve seu início em 1927 e se estendeu até 1934 onde as pessoas portadoras da doença deveriam se isolar em casa, longe do convívio social e os filhos dos casais que nascessem deveriam ser retirados imediatamente do convívio com a família para não contrair a doença.

Ainda segundo Eidth (2004), em 1934 foi feita a reforma dos serviços de saúde pública e fundados inúmeros hospitais – colônias e preventórios para conter a epidemia com a chegada da Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, que dentre outras atribuições estava conter e cuidar do problema da hanseníase.

2.1.3 Hospitais colônias

O tratamento da hanseníase é uma parte de conquistas científicas conquistada pela medicina, pertencendo a um grupo de doenças que possuem duas características distintas: o preconceito e o estigma. A hanseníase como a tuberculose e a epilepsia sempre povoaram negativamente o imaginário da sociedade (SANTOS, 2005).

A partir da década de 1930, o processo de isolar compulsoriamente já era realizado por alguns governos, mas só a partir da Lei n° 610 de janeiro de 1949 o isolamento passa a vigorar para todas as unidades da federação (SANTOS, 2005).

Após a revolução de 1930, foi adotado um modelo de controle a nível nacional conhecido como tripé. Tratava-se de uma prática amparada na existência de três níveis fundamentais que se complementavam: o leprosário, o dispensário e o preventório cada um com o seu papel na cadeia epidemiológica da doença. De acordo com Rodrigues (2010) o infectado permanecia no leprosário, o comunicante no dispensário e os filhos dos infectados no preventório (EDITH, 2004).

Para o tratamento da hanseníase, era utilizado óleo de chaulmoogra, um medicamento fitoterápico natural da Índia, administrado por injeções intramusculares ou via oral. Este tratamento aliado ao isolamento era a forma de contenção da doença na época que se acreditava surtir maior efeito (Rodrigues, 2010).

Apesar de todos os esforços o número de infectados não diminuiu e a existência dos hospitais colônias passou a ser questionada já que não surtiram os efeitos desejados pelas autoridades e a cada dia os doentes só aumentavam. Os isolamentos foram extintos no Brasil em 1962 com a aprovação do decreto n° 968, contudo alguns Estados não acataram a lei e continuaram mantendo as colônias por mais um longo tempo.

2.1.4 Prevalência no Brasil

A hanseníase constitui grande problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Apesar de todos os esforços para a sua eliminação, o nosso país é o segundo no ranking de notificações mundial, ficando atrás somente da Índia, sendo que 94% dos casos das Américas são detectados no Brasil (BRASIL, 2009).

O maior problema para o controle da doença é a realização do diagnóstico precoce, ou seja, no início do seu aparecimento, realização do tratamento correto até a sua finalização e o exame dos contatos que convivem com os doentes (BRASIL, 2008).

A coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) tem buscado controlar a situação da doença a partir da detecção de novos casos privilegiando o aspecto epidemiológico para coleta e análise dos dados em todo o país para assim, prever medidas de segurança e contenção da doença (BRASIL, 2008).

No momento, a prioridade está voltada para a detecção de novos casos em menores de quinze anos, conceito reforçado pelas inúmeras campanhas nas escolas públicas e privado em todo o país a fim de realizar a busca ativa de todos os estudantes que apresentem alguma mancha na pele e conseqüentemente de toda a sua família.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a tendência de aparecimento de novos casos é decrescente no país, porém notando – se alta prevalência nos estados Centro Oeste, Norte e Nordeste e diminuição nos estados do Sul e Sudeste.

2.2 Aspectos epidemiológicos

A hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de notificação compulsória, capaz de infectar grande número de indivíduos de uma única vez. É dotada de baixa patogenicidade, ou seja, o portador adoece pouco durante a doença e com grande poder incapacitante, devido à sua grande virulência (BRASIL, 2009).

De acordo com (Ministério da Saúde, 2010), as principais manifestações clínicas da doença se apresentam pelo comprometimento neurológico periférico, principalmente nos olhos, mãos e pés, resultando em grande potencial para provocar incapacidades físicas e podendo evoluir para deformidades severas. O seu diagnóstico é basicamente clínico.

O aparecimento da doença e suas diferentes manifestações clínicas dependem do sistema imunológico do indivíduo, podendo ocorrer depois de um longo período de incubação em média de dois a sete anos. Quanto mais fraco for a resposta imunológica do indivíduo, maior será a sua predisposição para a doença (BRASIL, 2009).

Através de diversos estudos, constatou – se que o homem é o único reservatório da doença conhecido, porém, animais estudados foram identificados por terem sido infectados pela hanseníase. Cabe ao profissional de saúde notificar todos os casos da doença nas fichas do sinan do seu município (BRASIL, 2002).

2.2.1 Diagnóstico laboratorial

A baciloscopia é o exame utilizado para a detecção da doença, consiste na análise ao microscópio onde se observa o bacilo, diretamente nos esfregaços dos raspados intradérmicos das lesões da pele. Esse exame serve como apoio para o diagnóstico e como critério de confirmação para a hanseníase. Dependendo da forma, nem sempre o exame será positivo o que não exclui a possibilidade de positividade. Mesmo sendo um dos parâmetros para detecção da doença, configura como diagnóstico secundário, pois o diagnóstico clínico é a forma mais utilizada pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

2.2.2 Modo de transmissão

A principal via de eliminação do bacilo são as vias aéreas superiores pela mucosa nasal e nasofaringe. Em casos de indivíduos que não realizam o tratamento existe a possibilidade de eliminar o vírus por meio das lesões dermatológicas infectando indivíduos saudáveis que não estejam com a pele íntegra (BRASIL, 2009).

O contágio ocorre através da pessoa doente e que não está realizando o tratamento para as pessoas ao seu redor e que estejam suscetíveis à doença através do trato respiratório pelas gotículas de saliva (BRASIL, 2002).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades e ambos os sexos, porém tem uma predisposição maior para acometer adultos do sexo masculino em diversas regiões pelo mundo e raramente ocorre em crianças. Outro fator de risco para a doença é a situação precária de vida e de saúde que o indivíduo vive (BRASIL, 2009).

2.2.3 Sinais e sintomas

A hanseníase é uma doença silenciosa e que ataca o organismo de forma que o indivíduo não percebe que está doente e não procure atendimento médico. De acordo com Ministério da Saúde (2008) os principais sinais e sintomas da doença são:

Manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, diminuição ou queda de pêlos, especialmente sobrancelhas e falta ou ausência de sudorese (pele seca).

Na doença ocorre o acometimento de fibras motoras, sensitivas e autonômicas. Entre as manifestações autonômicas podemos citar a perda de sudorese resultando em pele ressecada. O acometimento das fibras da pele provoca perda de sensibilidade ao frio, calor, dor e tardiamente ao tato (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003).

O Ministério da Saúde (2010) reforça que na fase inicial da doença pode haver aumento da sensibilidade acompanhada de uma grande sensação de formigamento que várias vezes é confundida com coceiras pelo portador que em muitos casos nem imagina que pode se tratar da hanseníase e não procura atendimento médico.

Outros sintomas gerais devem ser observados e investigados: mal estar geral, febre e artralgia, entupimento, feridas e ressecamento do nariz, edemas nas mãos e pés, nódulos dolorosos e sensação de ressecamento nos olhos (BRASIL, 2010).

Uma outra forma de manifestação da doença acontece pelas lesões dos nervos periféricos, decorrentes dos processos inflamatórios causados pela ação direta do bacilo ou pela reação do organismo à este bacilo, sendo caracterizado por diminuição ou perda da sensibilidade em áreas inervadas principalmente pés, mãos e olhos, diminuição ou perda da força dos músculos, dor e espessamento desses nervos (BRASIL, 2010).

2.3 Teste de sensibilidade

Esse teste consiste na identificação de lesões na pele por meio de inspeção de toda a superfície do corpo do paciente e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa nas áreas suspeitas para a verificação de qualquer alteração. Conforme Ministério da Saúde (2008), o profissional que realizará o teste deverá orientar de que forma o teste é feito para contar com maior colaboração e obter sucesso no exame.

Vários materiais podem ser utilizados para a realização do teste de sensibilidade, por exemplo, para avaliar a dor usar a cabeça de um alfinete, para avaliação da sensibilidade utilizar um chumaço de algodão e para sensibilidade ao calor usar tubos com água quente e fria. O profissional deve anotar todo o procedimento no prontuário do paciente.

2.4 Tipos de hanseníase

As formas de manifestações clínicas da hanseníase são quatro: indeterminada, tuberculoide, virchowiana e dimorfa, sendo que a partir da forma indeterminada a doença pode evoluir para as outras formas clínicas, resultando em complicações mais severas e maior tempo de tratamento.

De acordo com Silva (1997) para classificar os tipos da doença são utilizados critérios separados entre si e que possui características diferenciadas. São eles:

- Clínico: Aspecto das lesões cutâneas com variável número, extensão das margens e distribuição pela pele.
- Bacteriológico: ausência ou presença do *M. leprae* e todos os seus aspectos morfológicos.
- Imunológico: reação de Mitsuda com leitura após 21 a 28 dias
- Histológico: aspectos histopatológicos das lesões, variando de granulomas bem definidos a infiltrados difusos.

A OMS classificou em 1982 para fins terapêuticos a hanseníase em paucibacilar, baciloscopia menor que 2+, considerando casos com até cinco lesões e multibacilar índice baciloscópico igual ou maior que 2+ nos exames acometendo mais de cinco lesões cutâneas ou mais de um tronco nervoso acometido (LASTÓRIA, 2012).

2.4.1 Forma indeterminada

A forma Indeterminada da doença (Figura 01) caracteriza – se por manchas esbranquiçadas na pele únicas ou múltiplas de limites variados e com perda da sensibilidade, podendo ocorrer apenas distúrbios de sensibilidade térmica com preservação tátil, não ocorre comprometimento dos nervos e por isso não aparecem alterações motoras que possam causar incapacidades (BRASIL, 2010).

Para Silva (1997) essa forma da doença é um estágio inicial e pode evoluir com cura espontânea, se desenvolver de forma lenta ou regredir ressurgindo tempos depois com características clínicas bem definidas de acordo com a sua capacidade de resposta imune ao bacilo.

Explica Vladimir (2002) que na forma indeterminada os bacilos não são vistos no exame de esfregaço e por isso essa forma não é contagiante e a reação de Mitsuda geralmente é negativa, fator esse que não exclui a infecção pela doença.



Figura 01 – Hanseníase Indeterminada

2.4.2 Forma tuberculóide

A hanseníase tuberculóide apresenta lesões cutâneas com bordas pronunciadas que são únicas ou em pequeno número e assimetricamente distribuídas pela pele. No geral, as lesões não ultrapassam dez centímetros de diâmetro e os danos no sistema neurológico se alastram rapidamente resultando em alterações sensitivas e autonômicas, evoluindo para anestesia e diminuição da sensibilidade ou ausência de pelos (VLADIMIR, 2002).

Ressalta Ministério da Saúde (2010) que a baciloscopia de raspado intradérmico é negativa. Esta forma da doença é comum em crianças e pode apresentar por uma única lesão na face recebendo o nome de lesão nodular infantil.

Já para Silva (1997) na hanseníase tuberculóide o grau de resistência ao bacilo é grande, sendo caracterizada por máculas ou placas de tom castanho podendo ser cheias ou apresentando uma borda mais ou menos elevada. Compromete nervos que são específicos para essa forma clínica. A reação Mitsuda apresenta - se sempre positiva forte com sete milímetros ou mais.



Figura 02 – Hanseníase Tuberculóide

2.4.3 Forma virchowiana

Como enfatiza Ministério da Saúde (2009), essa forma ocorre em pessoas com baixa imunidade para o *Mycobacterium leprae*. É uma forma multibacilar da doença e se apresenta por mais de cinco lesões na pele com aspecto brilhante e com tonalidade semelhante ao cobre. Com progressão lenta esta forma clínica avança através dos anos e envolve extensas áreas da superfície da pele, troncos nervosos e órgãos. A progressão da doença resulta em grave eritema com aspecto de casca de laranja e sobre essas áreas aparecem nódulos, pápulas e tubérculos (SILVA, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), esta forma clínica pode acarretar perda de cílios e supercílios devido à infiltração difusa da face e do pavilhão auricular, sendo esta fase constituinte de uma doença sistêmica com manifestações viscerais e mucosas, onde olhos, rins e testículos podem ser afetados durante os episódios reacionais. Neste caso, a baciloscopia intradérmica apresenta – se positiva com grande número de bacilos nos raspados.

Tardiamente essa fase da doença acomete a estrutura óssea devido a traumas sofridos pelos pacientes devido a perda de sensibilidade e paralisia causadas pela doença, resultando em lenta atrofia e absorção das falanges e nas bases dos ossos metatarsos, podendo ainda, atingir os pés causando úlceras plantares.



Figura 03 – Hanseníase Virchowiana

2.4.4 Forma dimorfa

Esta forma tem uma característica bem peculiar, geralmente oscila entre as formas tuberculóide e virchowiana clinicamente falando, podendo apresentar lesões de pele bem delimitadas com poucos ou nenhuns bacilos e lesões muito infiltradas com muitos bacilos, sendo que uma mesma lesão pode apresentar borda externa difusa e interna nítida (BRASIL, 2010).

Ministério da Saúde (2009) ressalta a instabilidade imunológica desta forma, se destacando devido ao grande número de pacientes acometidos neste grupo, sendo a forma mais variável da doença, podendo apresentar lesões com margens bem definidas em alguns pacientes e em outras lesões de diversos tipos e tamanhos com presença de pápulas, máculas e placas por toda a pele.

Apresenta mais de cinco lesões sendo classificada como multibacilar, podendo levar a deficiências físicas através de lesões neurais e assimétricas precoces que se insinuam a partir de infiltrações nos pavilhões auriculares, na face e lesões fortes no pescoço e na nuca (BRASIL, 2010).



Figura 04 – Hanseníase Dimorfa

2.5 Tratamento

O tratamento é a parte fundamental da doença, já que tem a finalidade de proporcionar a cura da doença para o enfermo, conseguindo interromper a fase de transmissão do bacilo, sendo peça fundamental na parte epidemiológica a fim de eliminar os focos de transmissibilidade em toda a população (BRASIL, 2002).

De acordo com Ministério da Saúde (2008), o tratamento é realizado através da PQT (poliquimioterapia) por via oral com doses mensais supervisionadas por profissionais de

saúde e as demais doses são realizadas pelo próprio paciente em sua residência diariamente. Esse esquema apresenta – se em cartelas e é fornecido pelas unidades de saúde.

Esse esquema de tratamento é oficial do Ministério da saúde e consiste na combinação de medicações seguras e eficazes, lembrando que para o tratamento fatores como a idade, a tolerância ao medicamento, forma clínica da doença são fatores determinantes para o sucesso e cura do paciente (BRASIL, 2008).

Na tomada mensal das doses deve ser realizada uma avaliação para monitorar as lesões da pele e neurológicas recebendo orientações sobre o auto cuidado para prevenção de deformidades e incapacidades futuras (BRASIL, 2002).

Os pacientes classificados como paucibacilares recebem o tratamento por um período de seis meses, cuja medicação consiste na combinação de rimfapicina e dapsona. Já os portadores de lesões multibacilares recebem a combinação dos medicamentos rimfapicina, dapsona e clofazimina durante doze meses consecutivos (BOECHAT, 2012).

Os pacientes que já tenham concluído o tratamento com êxito devem ser acompanhados para diagnósticos de possíveis intercorrências e realização de exames de alta do tratamento para confirmar a cura.

Diversos pacientes não seguem a risca o tratamento deixando de tomar as doses nos dias e horas corretas, o que acarretará na não cura, maior tempo tratamento e agravamentos da doença no paciente. Cabe ao profissional de saúde participar ativamente desse período da doença facilitando o acesso e o acolhimento desse paciente aos setores de saúde.

3. PLANO DE AÇÃO

Para iniciar a elaboração do plano de ação foi necessário realizar o diagnóstico situacional da ESF Cruzeiro do Sul que foi possível graças à análise dos dados da unidade que foram atualizados no ano de 2013 numa ação conjunta de todos os profissionais da equipe e discutidos quais eram os pontos principais e prioritários e que precisavam de maior solução. Depois de analisar o diagnóstico percebeu – se a necessidade de melhorias na busca ativa das pessoas que possuem a hanseníase, uma vez que não existe um plano de ação para esse assunto na unidade.

A proposta de intervenção do problema eleito, um aprimoramento da busca ativa aos portadores da doença no município consistirá em ações individuais e coletivas, envolvendo todos os membros da equipe, onde todos terão algum tipo de responsabilidade. Serão desenvolvidas ações que visem à promoção, prevenção, detecção, tratamento e cura precoce e acompanhamento dos contatos registrados.

Primeiramente foi levada em consideração a necessidade de melhorar o conjunto dessas ações, pois são realizadas, mas não de maneira correta e muitas das vezes não é eficaz, podendo ser aprimorada de forma a ser mais bem trabalhada, trazendo efeitos positivos para a equipe e principalmente para a população. Depois de escolhido o problema foram levantados os nós críticos relacionados:

- Falta de conhecimento sobre a doença, já que muitos membros da equipe se sentem inseguros ao dar informações à população,
- Necessidade de possuir uma ficha que sirva de investigação e acompanhamento dos casos suspeitos,
- A equipe não tem o controle de todos os pacientes em situação de risco,
- Falta de programas de saúde voltados prioritariamente para a hanseníase,
- Necessidade dos enfermeiros de realizarem o treinamento de como proceder nas suspeitas de hanseníase que aparecem na unidade básica de saúde,
- Vigilância dos contatos feita de maneira pouco eficaz,
- Protocolo de exames dos suspeitos na unidade.

Depois de levantados os nós críticos, partimos para a segunda etapa do desenvolvimento, onde elaboramos as intervenções para os problemas selecionados:

- Capacitação dos enfermeiros junto à SRS sobre a doença para assim passar de forma correta as informações para os outros membros da equipe de saúde, incluindo os ACS, médicos, dentistas e técnicos de enfermagem.
- Inserção da ficha de busca ativa aos suspeitos da hanseníase, onde será de responsabilidade dos ACS carregar junto com as suas outras fichas, entrevistar as famílias e atualiza – la sempre que for necessário.
- Através da ficha de busca ativa, fazer o levantamento da população de risco que por algum motivo tenham disposição de desenvolver a hanseníase com o intuito de dar maior atenção a essas pessoas para melhor acompanhamento e condutas corretas e no tempo certo.
- Realizar reuniões e palestras operativas voltadas especialmente ao tema da hanseníase de modo que esclareça as dúvidas da população acolhida na equipe.
- Realização do treinamento do teste de sensibilidade junto à SRS para melhor conduta frente ao acolhimento nas consultas e exame desses pacientes.
- Fazer vigilância dos contatos dos portadores de hanseníase de modo que todos os contatos façam os exames necessários para detecção ou não da doença e que sejam acompanhados de maneira especial pelos profissionais da unidade de saúde.
- Elaboração de um protocolo específico de como o profissional deve proceder diante do exame do suspeito da doença.

META 01 – Quadro 06 - Capacitação dos enfermeiros junto à SRS sobre a hanseníase para assim passar de forma correta as informações para os outros membros da equipe de saúde, incluindo os ACS, médicos, dentistas e técnicos de enfermagem.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Capacitação dos enfermeiros juntamente com a SRS.	Falta de conhecimento sobre a doença gerando insegurança nos profissionais.	Capacitar os enfermeiros sobre a doença. Reunião com toda a equipe para passar os conhecimentos adquiridos para todos que constituem a equipe de saúde.	Diminuição na insegurança dos profissionais a fim de passar informações corretas e fidedignas à população.	Secretaria de Saúde de Prata Coordenação da Atenção Primária	02 meses

JUSTIFICATIVA: A capacitação dos enfermeiros na SRS fornece ao profissional obtenção de informações atualizadas e corretas proporcionando maior entendimento do assunto, melhorando a abordagem desse profissional à população, já que com a obtenção da capacitação ele consegue o aprimoramento dos conhecimentos já existentes e adquire novos saberes que antes não dispunha. Todos os enfermeiros que trabalham com atenção primária no município tiveram esse treinamento que aconteceu na cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

META 02 – Quadro 07 – Inserção da ficha de busca ativa aos portadores de hanseníase.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Inserir a ficha de busca ativa aos portadores de hanseníase	Não conhecimento de toda a população que pode vir a desenvolver a doença.	Inserir a ficha de busca ativa aos portadores de hanseníase, onde todas as famílias cadastradas serão entrevistadas	Conhecimento de todas as pessoas que possam vir a ter a doença.	Enfermeiro ACS	06 meses para elaboração e 12 meses para aprovação.

JUSTIFICATIVA: Através do cadastramento e entrevista das famílias na ficha de busca ativa aos portadores de hanseníase, os profissionais de saúde poderão ter maior conhecimento da população de risco, podendo realizar medidas de prevenção ou se for o caso, detecção da doença e tratamento precoce da doença resultando em cura rápida e sem complicações tardias aos portadores.

META 03 – Quadro 08 – Levantamento da população de risco.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Realizar o levantamento da população de risco da área de abrangência.	<p>Deteção tardia da hanseníase.</p> <p>Complicações devido ao início tardio da doença.</p> <p>Resistência ao tratamento</p>	<p>Reunião com os ACS para realizar o levantamento das famílias entrevistadas</p> <p>Elaboração de um cronograma de visitas periodicamente</p> <p>Atenção redobrada com essa população.</p>	<p>Facilitar a busca por estes pacientes</p> <p>Agendar visitas domiciliares aos pacientes que apresentem resistência à realização da consulta.</p> <p>Maior controle da população da área coberta pela ESF.</p>	<p>Enfermeiro</p> <p>ACS</p> <p>Médico</p>	12 meses

JUSTIFICATIVA: Após o levantamento de toda a população de risco de desenvolver a hanseníase, o profissional de saúde poderá se programar para realizar ações de promoção e prevenção da doença e trabalhar especialmente com esses pacientes que foram considerados de risco, viabilizando uma abordagem mais eficaz e eficiente, permitindo elaboração de ações certas e individuais a cada problema encontrado.

META 04 – Quadro 09 – Realização de palestras para fornecer informações sobre a hanseníase a toda à população independente do grau de risco.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Realização de palestras com a população em geral	Falta de informações quanto à doença. Pessoas mal informadas. Medo de se contrair a doença.	Realização de palestras. Informações na sala de espera durante o aguardo das consultas Distribuição de panfletos educativos.	População mais bem informada e que possam passar adiante informações corretas sobre a doença. Quebra de tabus e preconceito sobre a hanseníase	Enfermeiro Médico ACS	06 meses

JUSTIFICATIVA: As pessoas ainda têm muitos preconceitos e medos em relação à doença, isso é resultado de uma cultura de muitos anos atrás, onde se acreditava que a hanseníase era causada devido a vários absurdos e até mesmo por castigo divino. Nos dias atuais, está mais do que na hora de esses tabus serem quebrados e a população passar, a saber, o que é verdadeiramente a hanseníase, como é realizado o tratamento e seu modo de transmissão, permitindo assim, que tenhamos um aliado nas investigações para que o portador esteja fazendo o tratamento corretamente, já que as pessoas vão passar a ter a informação que a doença só será transmitida se não realizado o tratamento adequado.

META 05 - Quadro 10 – Treinamento do teste de sensibilidade.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Os enfermeiros da atenção primária devem ser treinados de como realizar o teste de sensibilidade nos casos suspeitos.	Não conhecimento da técnica do teste. Falta de treinamento.	Capacitação de todos os enfermeiros da atenção primária de saúde de Prata, Minas gerais para plena realização do teste nas unidades de saúde.	Realização do teste de sensibilidade nos paciente suspeitos.	Enfermeiros. Coordenação da Atenção Primária. SRS.	06 meses.

JUSTIFICATIVA: A UBS é a porta de entrada da população em um serviço de saúde do município, através da realização do teste de sensibilidade nos casos suspeitos de hanseníase poderemos desafogar os outros setores de saúde, pois poderemos detectar e constatar qual paciente realmente merece encaminhamento para o setor de epidemiologia para exames complementares para detectar a enfermidade. Hoje, todos os enfermeiros fizeram a capacitação e estão aptos a realizar o teste de sensibilidade.

META 06 – Quadro 11 – Fazer a vigilância dos contatos registrados dos casos confirmados de hanseníase.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Fazer a vigilância de todos os contatos registrados dos portadores de hanseníase.	Nem todos os contatos dos portadores são encaminhados e examinados de forma correta.	Disponibilizar de maior tempo para investigação e registro desses contatos. Encaminhar ao setor responsável pelos exames. Buscar contatos faltosos.	Cobertura de 100% dos contatos registrados através dos exames necessários.	ACS Enfermeiro	12 meses

JUSTIFICATIVA: Nem todos os contatos registrados dos portadores de hanseníase fazem os exames necessários que são preconizados, isso ocorre devido a fatores ligados principalmente ao não comprometimento com a saúde e a forma de pensar dessas pessoas e a acharem que é difícil se locomoverem até o centro de referência do município. Cabe à ESF trabalhar essas ideias tentando mudá-las, mostrando a importância desses exames não só individual, como coletivamente também. Se essa pessoa que não fez os exames por qualquer motivo, pode num futuro próximo apresentar a doença e ter que realizar o tratamento, sendo que poderia ter descoberto a doença antes e ter se curado precocemente.

META 07 – Quadro 12 - Elaboração de um protocolo específico para a consulta do suspeito de hanseníase.

OPERAÇÃO	PROBLEMAS ENCONTRADOS	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	ATORES RESPONSÁVEIS	PRAZO
Criação de um protocolo para as consultas com os suspeitos de hanseníase.	Ausência do protocolo. Dúvidas de como realizar as consultas.	Elaborar um protocolo que aponte a direção correta desde a consulta até o encaminhamento para a consulta com o médico de referência do município.	Execução correta do protocolo. Universalização dos procedimentos no município. Encaminhamentos no tempo certo e oportuno.	Enfermeiro Médico Secretaria de Saúde	10 meses para elaboração e 12 meses para aprovação.

JUSTIFICATIVA: Com a criação de um protocolo para as consultas de hanseníase poderemos obter a universalização dos procedimentos realizados em todos os níveis de atenção de saúde no município, diminuindo o risco de condutas erradas e proporcionando respostas mais rápidas aos pacientes, pois o mesmo será encaminhado diretamente para o local certo e ali será examinado de forma correta pelo profissional indicado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de dados coletados sobre a ESF Cruzeiro do Sul, pode – se destacar que é uma unidade bem estruturada, com profissionais capacitados para atender da melhor forma a sua clientela e que poderão desenvolver o plano de ação proposto de maneira brilhante e positiva atentando a ganhos para a população e também para toda a equipe da unidade que terá maior contato com a população descrita neste trabalho.

Depois de todos os estudos realizados para a concretização deste trabalho, percebe – se que a hanseníase ainda é uma doença que gera muitas dúvidas e inseguranças nas pessoas, desde pacientes até os profissionais de saúde. É necessário que para este enfrentamento, nós mudemos nossas concepções e comecemos a trilhar um caminho onde possamos estar mais perto dos pacientes da nossa área de abrangência, atuando como multiplicadores do conhecimento que adquirimos ao longo dos dias.

Através do levantamento do diagnostico situacional ficou claro a importância da busca ativa no nosso território para detecção de novos casos precocemente para começo do tratamento e uma cura rápida sem sequelas futuras. Pondero que os profissionais de saúde não podem evitar a doença nos pacientes, o que seria espetacular, pois as causas da hanseníase até hoje não foram definidas claramente apesar de tantos avanços e novas tecnologias.

Percebemos que o que falta é maior articulação entre os setores tanto para a hanseníase na fase aguda, quanto na fase crônica, de modo que quando essa articulação acontecer poderemos obter ganhos incontáveis nas redes de saúde, pois estaremos preparados para atender as mais diversas necessidades dos pacientes que tanto precisam e contam com o nosso conhecimento para ajuda – lós a curar a sua doença.

O que podemos fazer é vigiar essas pessoas de risco, através de consultas e exames e não esperar para a doença começar a se manifestar, pois isso leva em torno de cinco anos, às vezes até mais. Devemos colocar em pratica tudo o que aprendemos, buscando este paciente para dar inicio nas medicações e evitar transmitir a doença, isso sim, os profissionais da saúde podem fazer: trabalhar com ações para evitar as chances de transmissão e contágio da hanseníase.

Vale destacar que é de grande importância que todos os estabelecimentos de saúde do município de Prata, estejam empenhados em desenvolver tais ações, caracterizando um esforço conjunto dos profissionais de todos os níveis de complexidade para o fortalecimento

da atenção primária de saúde e para o bom funcionamento do fluxo de atendimentos de pacientes com a doença no município.

Para que esse plano dê certo é de relevante importância que possamos adquirir a ajuda da população, pois será ela que nos indicará onde devemos trabalhar com maior zelo, dedicação e vigília. Para isso as ações de educação são necessárias para que as pessoas também possam suspeitar de sinais e sintomas e procurar atendimento médico precocemente. Sugiro que este plano seja aplicado de forma integral em todo o município, culminando em melhor assistência aos portadores de hanseníase em Prata, Minas Gerais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

APARECIDA, N.; ANCIZAR, S. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e epistemológica. **Revista Filosofia e Educação (online)**. n.2, v.5, p.264-287, out 2011. Disponível em www.fae.unicamp.br. Acessado em: 07 de maio de 2013.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e sua Quimioterapia. **Revista Virtual Química**. n.4(3), p.247-256, jun/2012. Disponível em: <http://www.uff.br/rvq>. Acessado em: 15 de abril de 2013.

BOTELHO, T. J.; PESSINI, H. L. Lepra/Hanseníase – Passado – Presente. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v.1, n.2, p.263/266, jul/dez 2002.

EIDTH, 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**. Rio Grande do Sul. v.13, n.2, p.76-88, mai/ago 2004.

GROSSI, M. A. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira da Medicina Tropical**. Belo Horizonte, Minas Gerais. n.36(3), p. 373-382, mai/jun 2003.

LASTÓRIA, J. C.; APARECIDA, M. M. M. A. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento. **Diagn Tratamento**. Presidente Prudente. n.17(4), p. 173-9, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica**. 2. ed. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Como ajudar no controle da hanseníase?** Brasília, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de procedimentos técnicos Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase**. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do Sus**. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hanseníase no Brasil: Dados e Indicadores selecionados.** Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** Brasília, 2008.

RODRIGUES, A. N. V. **Trajetória de vida de ex – portadores de hanseníase com histórico asilar.** Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2010.

SILVA, C. S. Hanseníase: Formas clínicas e diagnóstico diferencial, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. In: SIMPÓSIO: HANSENÍASE, 1, 1997, Ribeirão Preto, **Anais...** Ribeirão Preto: Medicina, 1997. p.325-334.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENILOGIA, ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA. **Hanseníase: Diagnostico e Tratamento da Neuropatia.** jul/2003.

VLADIMIR, D. A. O. S. U. Atlas de Hanseníase. Bauru, 2002.

ZOE, A. S. C. **Hanseníase: A história de um problema de saúde pública.** Dissertação (Doutorado), 2003.