

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

LEONOR MARIA BARRANCO PEDRAZA

**A BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE, EM UMA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE OURO BRANCO.**

OURO BRANCO - ALAGOAS

2014

LEONOR MARIA BARRANCO PEDRAZA

**A BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE, EM UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE OURO BRANCO.**

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

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

OURO BRANCO - ALAGOAS

2014

LEONOR MARIA BARRANCO PEDRAZA

**A BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE, EM UMA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE OURO BRANCO.**

Banca examinadora

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

Examinador 2 – Prof. Marlene Azevedo Magalhães Monteiro. UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de novembro de 2014.

DEDICATÓRIA

A meus pais por me guiar pelo caminho do bem.

A meus filhos por me dê à força para continuar trabalhando.

A meu marido por seu apoio constante em cada empenho pessoal.

Ao povo do Ouro Branco por me acolher e me brindar seu carinho

AGRADEÇO

A meu orientador Prof. Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi, por sua valiosa orientação e por suas contribuições certeiras.

A minha equipe, por sua participação e ajuda em especial a Sonia Alves Machado e Cícero Maciel Ferreira Santos.

A Jamilis Alencar Rodrigues nossa diretora que também apoio nosso empenho.

A Elielson Rodrigues de Lima por sua inestimável ajuda com os dados estadísticos e conhecimentos de informática.

A meus companheiros de trabalho do Centro de Saúde do Ouro Branco e da Secretária de Saúde por seu apoio incondicional.

``Ela age em silêncio. Atinge o corpo, fere a carne e marca a alma. Nasce na falta de informação e de saúde básica. Multiplica-se na miséria. Alimenta-se da vida que rouba, aos poucos, de suas vítimas. Atinge adultos e, cada vez mais, jovens e crianças. Esconde-se na vergonha e no preconceito. Ela é uma doença e também um nome. Palavra, carregada de estigmas, que corta como navalha. Mas é preciso lutar contra ela. Informar e desmistificar. Tirar os doentes do escuro dos seus quartos. Contar suas histórias. Ir além das estatísticas que, por sinal, são muito ruins. Dizer seu nome com coragem e sem preconceito: hanseníase.``

Reportagem de Marcionila Teixeira e Silvia Bessa, 2009.

ABSTRACT

It had undertaken a study of intervention seeking to detect/diagnose new cases of leprosy in the area covered by the health team from OuroBranco municipality, Alagoas State, for being the main health problem identified when discussing the health diagnosis with the team. It was considered that the causes that should be faced were the level of information, health services structure and work process of the health team, proposing a plan of action to ensure the training of health staff and health education to the public, carry out active search of suspected cases of leprosy and facilitate the diagnosis and treatment of cases detected.

Keywords: Leprosy, Primary Health Care, Family Health Strategy

SUMÁRIO

Realizara-se um estudo de intervenção buscando detectar/diagnosticar novos casos de hanseníase na área de abrangência da equipe de saúde do município de Ouro Branco, Estado Alagoas, por ser o principal problema de saúde identificado ao discutir na equipe o Diagnóstico de Saúde. Considerou-se que às causas que deviam ser enfrentadas é nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde, propondo um plano de ação que garanta a capacitação à equipe de saúde e educação em saúde para a população, realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase e facilitar o diagnóstico e tratamento dos casos detectados.

Palavras-chave: Hanseníase, Atenção Primária, Estratégia Saúde da Família.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OMS – Organización Mundial de la Salud

WHO - The World Health Organization

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

IILEP – International Federation of Anti-Leprosy Associations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Comportamento do índice da pobreza.....	5
Quadro 1- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: operações estratégicas para enfrentamento de nós críticos.	9
Quadro 2- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: recursos necessários.	11
Quadro 3- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: análise de motivações dos atores e ações estratégicas.	11
Quadro 4- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: Plano de ação.	18

SUMÁRIO

Dedicatória/ Agradecimentos/ Epígrafe

Abstract

Sumário

Lista de ilustrações

1. Introdução.....	12
2. Justificativa.....	15
3. Objetivos.....	19
4. Metodologia.....	20
5. Revisão Bibliográfica.....	25
6. Proposta de Intervenção.....	31
7. Considerações Finais.....	33
8. Referências Bibliográficas.....	34

1- INTRODUÇÃO

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

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

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

Outro aspecto a ter em conta com o novo modelo assistencial é a responsabilidade de cada membro da equipe de reproduzir e pôr em prática os conhecimentos adquiridos em cada atividade de superação, e desta forma contribuir ao cumprimento da portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica e onde se expõe como necessidade a educação permanente. (BRASIL, 2012)

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

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

A Unidade de Saúde “Vanildo Cabral Silva”, do município de Ouro Branco, Alagoas, localiza-se no bairro João Alves da Silva, é de fácil acesso aos usuários, e o horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min. Atende pessoas segundo o acesso universal e igualitário, mas nem todos podem ser atendidos quando querem, pois a demanda é maior que a capacidade do médico de atender os mesmos. A população é de 6.431 habitantes, precisa-se realizar a cobertura médica necessária para a atenção da mesma e um mapeamento certo que permita uma atenção à saúde segundo os programas estabelecidos.

Têm prioridade programas de saúde específicos como Vacinação, Atenção à mulher grávida, Puericultura, acompanhamento a doentes com Diabetes,

Hipertensão arterial, mas o trabalho não é ótimo porque a atenção à demanda espontânea ocupa muito tempo.

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

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

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

2- JUSTIFICATIVA

Ao definir as prioridades, a equipe levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com hanseníase como o principal devido à Hanseníase se constituir um problema de saúde no Brasil e dados de 2011 mostrarem que a prevalência de hanseníase no país situava-se em 1,54 casos por cada 10 000 habitantes, (LASTÓRIA, 2012), o que levou a que se realizasse uma análise da ausência de casos notificados atualmente na população pertencente a área de abrangência, na qual deveriam haver casos diagnosticados, fato que se atribuiu a falta de busca ativa dos mesmos.

Resulta preocupante este fato, pois embora a Hanseníase tenha cura, o não diagnóstico oportuno pode gerar incapacidades físicas e sequelas psicológicas que permanecem por toda a vida, além de transmitir a enfermidade por “formas multibacilares que não estão em tratamento”. (MINAS GERAIS, 2006, p.20)

Além disso, a Hanseníase é uma das enfermidades que o Ministério da Saúde em 2011 definiu como demandante de estratégias para sua eliminação como problema de saúde, por ser considerada subestimada no Brasil apesar de ser responsável por importante morbidade e mortalidade (BRASIL. 2013) e o Brasil continuar sendo o segundo país em número de casos no mundo, apenas superado pela Índia. Além disso, é o único país que não atingiu a meta definida pela OMS de lograr reduzir a prevalência para menos de 1 caso /10.000 habitantes, já que a Índia, apesar de ter mais casos, já cumpriu a meta proposta. (LASTORIA. 2012). No Brasil, em 2012, 33.303 casos novos foram detectados. (WHO. 2013)

Esta enfermidade considera-se uma das mais antigas que acometeu a humanidade, mas não se conhece o lugar onde apareceu pela primeira vez (DIAZ, 2002). É uma doença infecciosa crônica causada por o *Mycobacterium Leprae*, que tem predileção por nervos periféricos e pele (ARAUJO, 2003), apresenta alta contagiosidade e baixa morbidade. "Acredita-se que a transmissão de Hanseníase ocorra pelo contato íntimo e prolongado do indivíduo susceptível com paciente bacilífero, através de inalação de bacilos" (LASTÓRIA, 2012, p.173).

Múltiplos são os fatores relacionados com a enfermidade, em um estudo realizado em Pinar do Rio, Cuba, concluiu que os determinantes sociais presentes nos casos estudados foram os seguintes:

“... no elemento da biologia humana, a infecção multibacilar; no meio ambiente, o risco da convivência com pacientes com baciloscopia positiva; na organização da atenção de saúde, detecção espontânea dos casos de lepra; quanto aos estilos de vida, a conduta individual das migrações, e de forma general na base socioeconômica o 40.7% dos pacientes tinham sob nível escolar.” (MOREIRA *et al*, 2013, p 202)

No diagnóstico local de saúde, um dos elementos analisados foi o índice de pobreza, tomado do Atlas do desenvolvimento humano do município (BRASIL 2013) e o comportamento foi o seguinte:

Tabela 1. Comportamento do índice da pobreza.

Região	% de pessoas extremadamente pobre	% de pessoas pobres	% de pessoas vulneráveis a pobreza	% de crianças extremadamente pobres	% de crianças pobres	% de crianças vulneráveis a pobreza
Brasil	6,62	15,20	32,56	11,47	26,01	49,41
Ouro Branco	30,39	48,54	71,73	41,72	64,53	85,98

Fonte: Atlas do desenvolvimento humano 2013 (dados de 2010).

O pensamento médico moderno distingue como determinantes de saúde, tanto os fatores físicos, materiais ou ambientais vinculados de modo geral a condições de pobreza, miséria, deficientes condições sanitárias, de alimentação, como os aspectos espirituais relacionados com as condições familiares e sociais de afeto, respeito, educação (FARIA *et al*, 2010); tendo em conta que o índice da pobreza é um fator fundamental para analisar o estado da saúde da população e especificamente da Hanseníase é altamente preocupante que o por cento de pessoas extremadamente pobres alcance

30,39% da população e que sejam vulneráveis 71,73%, com todas as consequências que isso implica.

O diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase são elementos essenciais para deter a transmissão e evitar as incapacidades (MINAS GERAIS, 2006). Para que isto ocorra é necessário que a população tenha acesso aos serviços de saúde, além das informações sobre a doença (ARAUJO, 2011) e “manter uma vigilância mais efetiva dos contatos intradomiciliares de hanseníase, bem como de uma maior integração entre a gestão municipal, os profissionais de saúde e os usuários, permitindo a estes uma assistência mais resolutiva” (MONTEIRO *et al.*, 2012, p. 139).

A Equipe de Saúde da Família deve trabalhar também com o preconceito da população e do próprio portador, que geralmente esconde sua condição com medo da reação das pessoas e, em alguns casos, buscam o isolamento. Na atualidade o estigma existe e mostra-se mais resistente do que a própria doença. (CID, 2012)

Um dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família é a “organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (FARIA *et al.*, 2010) e precisamente, ao explicar o problema, foi identificado que não se realizam ações de pesquisa ativa de casos, devido às ações de promoção e prevenção de saúde serem insuficientes, como consequência do trabalho estar dirigido fundamentalmente à demanda espontânea, a fonte da carga assistencial deste tipo de atendimento, motivada por uma equipe de saúde com população maior que à quantidade de usuários estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Isto é agravado pela estrutura aprovada para esta unidade básica de só uma equipe; portanto é fundamental a necessidade de trabalhar nas ações de promoção e prevenção da população como elemento crucial para enfrentar esta enfermidade.

Um estudo titulado: “Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase” realizado na microrregião de Diamantina, Minas Gerais, entre suas conclusões assinala que:

“Apesar da melhoria de acesso aos serviços de saúde, com advento da implantação da Estratégia de Saúde da Família, há ainda uma necessidade de maior organização das ações de atenção à hanseníase. É imperativo um maior investimento em espaços de educação em saúde, voltados para a realidade das localidades, para que a população e os profissionais reconheçam precocemente os sinais da hanseníase, evitando diagnósticos tardios e com incapacidades físicas”. (RIBEIRO; SAKAMOTO; CLARAMONTE, 2012, p. 91)

No manual “Atenção à Saúde do Adulto. Hanseníase” da Secretaria de Saúde de Minas Gerais assinalam-se como medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos: promover e manter a mobilização social e educação dirigida à população, aos contatos e aos profissionais de saúde sobre a presença de manchas e áreas dormentes, o tratamento da enfermidade, a possibilidade de cura, além do manejo do estigma da enfermidade. (MINAS GERAIS, 2006)

Na reportagem de Marcionila Teixeira e Sílvia Bessa “Hanseníase: uma doença milenar ameaça novas gerações” a periodista ressalta esta doença como uma ameaça para crianças e jovens brasileiros, que chega sem alardear e instala-se no corpo com lentidão e adiciona que é uma endemia que parece invisível e sem controle. (TEIXEIRA 2009)

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

Pelo exposto, a equipe considerou muito importante, para atingir uma redução desta doença, trabalhar em nossa área de abrangência na busca ativa desta enfermidade e, além disso, realizar educação da população sobre esta doença.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral:

Propor um plano de intervenção com vistas à busca ativa de casos suspeitos de hanseníase.

3.2- Objetivos específicos:

Capacitar à equipe de saúde no tema hanseníase.

Organizar a educação para a saúde da população sobre hanseníase.

Planejar a busca ativa de casos suspeitos de hanseníase.

4- METODOLOGÍA

Revisam-se os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família que foram conseguidos a partir de bases de dados secundários como, por exemplo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), base de dados de internet do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Atlas de Desenvolvimento Humano, com foco nos dados municipais, além de entrevistas com informantes-chave e da observação ativa. Os descritores utilizados foram: Hanseníase, Educação em saúde e Educação profissional.

Depois de discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência, foram identificados os principais problemas de saúde, priorizando os mesmos segundo a importância do problema e a capacidade para enfrentá-los. A seguir, foi escolhido o mais relevante, sendo caracterizado e determinando suas causas, determinando as que deviam ser enfrentadas que são as seguintes: nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde.

Os passos seguintes foram concebidos tendo em conta o texto “Elaboração do plano de ação” (CAMPOS 2010) estudado no módulo Planejamento e avaliação em saúde

As operações para o enfrentamento das causas selecionadas desenharam-se como aparece no quadro 1:

Quadro 1. - Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: operações estratégicas para enfrentamento de nós críticos.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Nível de informação	Saiba mais de Hanseníase	População mais informada sobre a enfermidade	Programa de informação a população	Cognitivo Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
				Organizacional Organizar agenda Político (articulação intersectorial) Mobilização social
Estrutura dos serviços de saúde	Contribuímos com seu melhor cuidado	Garantia das consultas especializadas Garantia de exames previstos para o 100% dos casos	Capacitação de Pessoal Contratação de compra de exames e consultas especializadas Compra de medicamentos	Políticos Decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiros Garantir os recursos para a pesquisa Cognitivo Elaboração da adequação
Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema	Línea de cuidado	Cobertura de 100% de população com lesões sugestivas de Hanseníase	Linha de cuidado para suspeita de Hanseníase implantada Protocolos implantados Recursos humanos capacitados	Cognitivo Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos Político Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
			Gestão de linha de cuidado	Organizacional Adequação de fluxos (referencia e contra referência)

Para confirmar a viabilidade do plano determinaram-se os recursos necessários para o enfrentamento da baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de Hanseníase, os mesmos aparecem a seguir no quadro 2.

Quadro 2- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: recursos necessários.

Saiba mais de Hanseníase	Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes e radio local. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, tenda para a realização de uma palestra, Datashow, ornamentação da tenda com mesas e cadeiras, equipamento de som.
Contribuímos com seu melhor cuidado	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) como os monofilamentos de Semmes-Weinstein, fio dental sim sabor e lanterna para realizar adequadamente o exame físico do paciente.

A análise de viabilidade do plano foi realizada tendo em conta o ator que controla os recursos críticos em cada caso e se planejaram estratégias para aumentar a motivação dos mesmos que se refletem a seguir.

Quadro 3- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL: análise de motivações dos atores e ações estratégicas.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saiba mais de Hanseníase	Político- conseguir espaço na divulgação local.	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar projeto
	Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretário de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto
Contribuímos com seu melhor cuidado Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político- decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Perfeito municipal	Indiferente	Apresentar projeto
	Financeiros- recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas	Secretario Municipal de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto
		Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Línea de cuidado	especializadas) Político-articulação entre os setores assistenciais da saúde	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto

Depois da proposta de atividades que foram descritas foi enriquecido o plano de ação inicial ate conformar o definitivo.

5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

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

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

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

Capacitação à equipe de saúde e à população.

Capacitação para a equipe de saúde

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

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

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

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

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

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

A linguagem a utilizar deve ser entendida por todos os membros da equipe, propondo-se utilizar aqui como texto de referência para as mesmas o Guia de aprendizagem editada por *The International Federation of Anti-Leprosy Assosiations*

(ILEP.2000) e o caderno 7 da guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL. 2009), por ambos documentos estar redigidos em linguagem clara e apresentar uma quantidade de ilustrações que possibilitam o entendimento do tema.

Educação para a Saúde da População.

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

A alta incidência de hanseníase no Brasil, o preconceito e a discriminação que cercam a doença são atribuídas, segundo Abreu, á falta de informação. (ABREU *et al.*, 2013), mais neste fato há que considerar fundamentalmente o estigma deixado desde a antiguidade como reflete-se na tese de mestrado do Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi quem faz referência a influencia da religião.

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

Existe um forte componente bíblico envolvido, com grande influência da tradução da palavra Tsaraath. Na tradução grega a palavra zarraath ou Tsaraath foi traduzida como lepra ou lepros, que significa “algo que descama”. (SAVASSI, 2010,

p. 27). “Tsaraath representaria então uma gama de manifestações cutâneas ligadas a contágiosidade e, pela sua natureza estigmatizam-te, ao afastamento do meio social e da coletividade.” (SAVASSI, 2010, p. 29) A ‘*tsaraath*’ bíblica é associada à impureza e profanação: adoecia quem era objeto da ira divina, quem desagradara a Deus e obtivera como castigo a mutilação e a desfiguração da face. (SAVASSI, 2010)

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

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

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

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

É preciso que a população saiba que a Hanseníase é uma doença causada por uma bactéria transmitida por vias respiratórias: tosse e espirro, que tem tratamento com antibióticos e, portanto é curável, pode afetar a pessoas de qualquer

idade e sexo. Atingem fundamentalmente pele e nervos do rosto, braços, pernas e pés e o tempo entre o contágio e aparecimento dos sintomas pode variar de 2 a 10 anos o mais. (ILEP, 2002; BRASIL, 2001)

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

- Uma ou mais manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo com diminuição ou perda da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato.
- Caroços e inchaços no corpo, em alguns casos avermelhados e doloridos.
- Engrossamento do nervo que passa no cotovelo, levando à perda da sensibilidade e /ou diminuição da força do 5to dedo.
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços, mãos, pernas e pés.
- Áreas com diminuição dos pêlos e do suor.

Pesquisa ativa de casos suspeitos de Hanseníase.

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

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

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

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

6- PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Plano de ação foi desenhado de forma tal de garantir a capacitação à equipe de saúde e à população, realizar pesquisa ativa de casos suspeitos de hanseníase e facilitar o diagnóstico e tratamento dos casos detectados.

Quadro 4- Planejamento estratégico Situacional do Município de Ouro Branco-AL:
Plano de ação.

Plano de ação.

<u>Operações</u>	<u>Resultados</u>	<u>Ações estratégicas</u>	<u>Responsável</u>	<u>Prazo</u>
Saiba mais de Hanseníase	Equipe e População mais informada sobre a enfermidade Hanseníase	Ministrar aulas com temas de Hanseníase à equipe.	Leonor Maria Barranco Pedraza (médico do ESF)	Início dois meses
		Realização de Palestras de Hanseníase em cada micro área	Cícero Maciel Ferreira Santos (enfermeiro do ESF)	Início dois meses
		Difusão local radial e por automóvel falantes.	Sonya Alves Machado (técnica de Enfermagem)	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual de Hanseníase na sala de espera da UBS	Cícero Maciel Ferreira Santos (enfermeiro do ESF)	
Contribuímos com seu	Adequação da oferta de	Definir os protocolos de atendimento de	Leonor Maria Barranco	Início em três

melhor cuidado	consulta á demanda.	pacientes com suspeita de Hanseníase	Pedraza (médico do ESF)	meses
		Providenciar o conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein, fio dental sim sabor e lanterna para realizar adequadamente o exame físico do paciente	Jamilis Alencar Rodrigues (Diretora do Centro de Saúde)	Dois meses
Línea de cuidado	Serviços organizados para desenvolver as atividades de controle da Hanseníase, garantindo o acesso da população aos mesmos	Linha de cuidado para pacientes com suspeita de Hanseníase	Leonor Maria Barranco Pedraza (médico do ESF)	Início em três meses
		Recursos humanos capacitados	Leonor Maria Barranco Pedraza (médico do ESF)	Início em dois meses
	Coordenação da avaliação por especialistas do 100% de pacientes com suspeita de Hanseníase	Gestão de linha de cuidado implantada	Jamilis Alencar Rodrigues (Diretora do Centro de Saúde)	Início em três meses

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica claro que a Hanseníase constitui um problema de saúde no Brasil, e não devemos acomodarmo-nos com a aparente ausência de casos em nossa população acreditando que não existe a enfermidade dentro da nossa área de abrangência, pois só com a busca ativa da doença poderemos alcançar os indicadores propostos pela OMS e futuramente erradicar a mesma.

O plano de ação é factível tendo em vista que, uma vez colocado em prática pela Estratégia de Saúde da Família, favoreceu a modificação do processo de trabalho ampliando a atenção às atividades de promoção e prevenção de saúde que a longo prazo são os verdadeiros eixos de transformação favorável do quadro de saúde da população. Além disso, permitiu realizar mudanças na organização dos serviços em função de garantir o adequado cuidado do paciente com um enfoque particular de cada caso, focado na atenção à pessoa e não à doença, aspecto que no caso específico da hanseníase levará à humanização da atenção ao paciente e à ruptura do preconceito com esta enfermidade.

Um aspecto fundamental para poder garantir o êxito deste trabalho é a superação sistemática da equipe de saúde familiar como caminho para poder atingir uma melhor gestão de saúde local e desta forma contribuir para a solução dos problemas que se possam apresentar, tendo em consideração a importância dos determinantes de sociais.

Manter a educação da população neste tema representa uma ferramenta fundamental para conseguir modificar os indicadores, devendo-se trabalhar também na responsabilidade do indivíduo na saúde pessoal e comunitária.

O trabalho em equipe com gestão colegiada é um ferramenta a se levar em conta na luta por uma saúde melhor.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU TEMOTEO R. C. *et al.* Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. ABCS Health Sci.**; v. 38, n. 3. 2013:133-141

ARAUJO M, G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba. MG, V.36, n.3,p. 373-382,mai-jun. 2003.

ARAÚJO D. Y .M. L; ANDRADE J.S; MADEIRA M. Z. A. A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Teresina/Piauí sobre Hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Ceará. Fortaleza, V 12,n. esp,p. 995-1002. 2011.

BESSEN, C. B. **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde**. 2007. Tese (Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. *Saúde soc., São Paulo* , v. 16, n. 1, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 abr. 2014.

BRASIL. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 21 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012, p.13, ISBN 978-85-334-1939-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. – 1.ed; 1. Reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 1000p. : il. ISBN 978-85-334-1934-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica caderno 7**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7 ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Dermatologia

Sanitária. Hanseníase/ **Coordenação Nacional de Dermatologia** Sanitária-4 Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CID, R.D.S; *et al.* Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Ceará. Fortaleza, V 13, n. 5, p.1004-14. 2012.

DIAZ, J. A. *et al.* Lepra. In: Manzur; Diaz A; Cortés. **Dermatologia**. Editorial Ciencias Médicas: La Habana, 2002. cap. 14, p. 200-22 ISBN: 959-7132-78-8

FARIA, H. P. de; *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. In: FARIA, H. P. de; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. Modelo assistencial e atenção básica em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. p.68

FARIA, H. P. de; *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2009, 67p ISBN: 978-85-7825-025-4.

FARIA, H. P. de; *et al.* **Determinantes Sociais da Saúde e da Doença**. In: FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. TEIXEIRA, P. F. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68 p.

GOMES DE OLIVEIRA, R. PEREIRA WENDHAUSEN, A.L. (Re)significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014.

ILEP.The International Federation of Anti-Leprosy Associations. Guía de Aprendizaje Uno. Cómo diagnosticar e tratar la lepra. **Guías de aprendizaje de ILEP sobre la Lepra**. First Edition. London, 2002

LASTÓRIA, J. C; MILANEZ, M. A. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento. **Diagn Tratamento**. 2012;17(4):173-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf> .Acesso em 23 abr. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Hanseníase**. 1. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62 p.

MONTEIRO, T. H; *et al.* Controle dos contatos intradomiciliares de Hanseníase em equipes de saúde da família. **Revista APS**. Minas Gerais, v. 15, n 2, p. 139-147, abr/jun. 2012.

MOREIRA, A. R; *et al.* Enfoque de los factores de riesgo en lepra: un enfoque a partir de las determinantes sociales de la salud. **Médicas. UIS**, Santander, v 25, n 3, p. 202-7, ago. 2013. Disponível em: <http://www.medicasuis.org/publicaciones/vol-xxv/numero-iii/53-enfoque-de-los-factores-de-riesgo-en-lepra-un-enfoque-a-partir-de-las-determinantes-sociales-de-la-salud.html>. Acesso em: 24 abr. 2014.

PINAFO E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 2 p. 201-221, jul./out.2011.

RIBEIRO, G. C. Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais. **Biblioteca Digital da UFMG**. 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8TXNKU>. Acesso em: 23 abr. 2014.

RIBEIRO DA SILVA M, SAKAMOTO DANTE J, CLARAMONTE GALLIAN M. **A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e Humanização na área da saúde**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 15-28, jan./abr. 2014

SANTOS, M. A; OLIVEIRA, A. C. D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p.

SAVASSI, LCM. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores** / Leonardo Cançado Monteiro Savassi. – Belo Horizonte, 2010. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisas René Rachou. Disponível em http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf

SHIMAZAKI, M.E. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: Oficina 1-Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p. 176.

TEIXEIRA, M; BESSA, S. Hanseníase uma doença milenar ameaça novas gerações. **Anjosegureiros.blogs.sapo. Reportagem de2009**. Disponível em: <http://anjosegureiros.blogs.sapo.pt/3395588.html>. Acesso em: 23 abr. 2014.

WHO Global leprosy: update on the 2012 situation. **Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire**. No 35, 2013, 88, 365-380. ISSN 0049-8114. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 nov.214.