

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Karoline Emanuelle de Souza Oliveira Freitas

**HANSENÍASE: AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE REALIZADAS
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV, MONTES
CLAROS MINAS GERAIS**

Montes Claros

2020

Karoline Emanuelle de Souza Oliveira Freitas

**HANSENÍASE: AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE REALIZADAS
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV, MONTES
CLAROS MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde
Meire Miranda Cadete

**Montes Claros
2020**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos vinte e quatro dias de outubro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **KAROLINE EMANUELLE DE SOUZA OLIVEIRA FREITAS** intitulado “HANSENÍASE: AÇÕES DE PREVENÇÃO E COMBATE REALIZADAS PEAL EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ IV, MONTES CLAROS MINAS GERAIS.”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. MATILDE MAEIRE MIRANDA CADETE e Profa. Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARÁJOS O TCC foi aprovado com a nota 78.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia vinte e quatro do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 09 de setembro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 10/09/2021, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0953757** e o código CRC **364B3BC6**.

Dedico aos meus pais, meu noivo e minha irmã, pela paciência e colaboração durante todos os momentos da minha vida. Por me compreenderem nos momentos de trabalho árduo e estarem dispostos a me auxiliar em todos os percalços do meu caminho.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família pelo ser humano que me tornei, ao curso do NESCON e à Matilde Meire Miranda Cadete pela paciência e contribuição.

“Muda, que quando a gente muda o mundo muda com a gente;
A gente muda o mundo na mudança da mente;
E quando a mente muda, a gente anda pra frente;
Na mudança de atitude não há mal que não se mude, nem doença sem cura;
Na mudança de postura a gente fica mais seguro
Na mudança do presente a gente molda o futuro”.

Gabriel o pensador

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de caráter crônico, causada pelo agente *Mycobacterium leprae*. Este bacilo, que é parasita intracelular obrigatório, possui afinidade por células cutâneas e nervos periféricos, onde causa os principais sinais e sintomas. Os locais mais afetados pela doença são olhos, mãos, pés, nervos superficiais bem como troncos nervosos. Tais lesões podem acarretar em incapacitação do indivíduo e até o surgimento de deformidades, sendo necessária a ação do sistema de saúde em realizar o rastreio, tratamento e educação em saúde para reduzir a incidência da doença. Este trabalho objetiva criar um plano de intervenção para combater e prevenir a hanseníase na comunidade assistida pela Estratégia Saúde da Família Maracanã IV, em Montes Claros, Minas Gerais. Com base no diagnóstico situacional realizado na área adscrita à Unidade, conferiu-se um aumento de casos de hanseníase na comunidade. Para dar suporte teórico ao trabalho, realizou-se uma revisão da literatura presente na Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e em documentos de órgãos públicos. O plano de intervenção foi feito seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional. Como resultados, espera-se que a implementação das ações deste plano corrobore para a redução da incidência de Hanseníase na comunidade, aumento na educação em saúde dos indivíduos bem como a capacitação da equipe de saúde responsável para o manejo dos pacientes portadores da doença.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Hanseníase; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease, caused by the agent *Mycobacterium leprae*. This bacillus, which is a mandatory intracellular parasite, has an affinity for skin cells and peripheral nerves, where it causes the main signs and symptoms. The places most affected by the disease are eyes, hands, feet, superficial nerves as well as nerve trunks. Such injuries can result in incapacitation of the individual and even the appearance of deformities, requiring the action of the health system to perform screening, treatment and health education to reduce the incidence of the disease. This work aims to create an intervention plan to combat and prevent leprosy in the community assisted by the Family Health Strategy Maracanã IV, in Montes Claros, Minas Gerais. Based on the situational diagnosis carried out in the area assigned to the Unit, there was an increase in cases of leprosy in the community. To give theoretical support to the work, a review of the literature in the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and in documents from public agencies was carried out. The intervention plan was made using the Situational Strategic Planning method. As a result, it is expected that the implementation of the actions of this plan corroborates for the reduction of the incidence of Hansen's disease in the community, an increase in health education for individuals as well as the training of the health team responsible for the management of patients with the disease.

Keywords: Family Health Strategy; Health Education; Leprosy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde ESF Maracanã IV, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.....	19
Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.....	33
Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	14
1.3 O sistema municipal de saúde	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maracanã IV	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, da Unidade Básica de Saúde Maracanã IV	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maracanã IV	17
1.7 O dia a dia da equipe Maracanã IV	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Estratégia Saúde da Família	23
5.2 Atenção Primária à Saúde	24
5.3 Hanseníase	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Montes Claros é uma cidade com 409 341 mil habitantes no ano de 2019, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Está localizada na região sudeste e distante 404 km da capital do Estado. A origem do município de Montes Claros se deu às ações dos bandeirantes. O atual território desse município foi primeiramente devassado pela expedição “Espinosa-Navarro” na qual foi a primeira a pisar nas terras da Região do Norte de Minas, habitada pelos índios Anais e Tapuias. (IBGE, 2019; MONTES CLAROS, 2018)

Mas era cedo para fundar as cidades do sertão, longe do litoral. Bandeirantes partiram de São Paulo, procurando pedras preciosas e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, Governador das Esmeraldas, organizou a mais célebre Bandeira, para conquistar esmeraldas da "Serra Resplandecente" (IBGE, 2019).

Antônio Gonçalves Figueira, que pertencia à Bandeira de Fernão Dias, acompanhou até as margens do Rio Paraopeba, onde com Matias Cardoso, abandonou o chefe, regressando para São Paulo. Seduzidos pela fertilidade do Sertão Mineiro e, na esperança de conquistarem riquezas, Antônio Gonçalves Figueira e Matias Cardoso retornaram, tornando-se colonizadores, construindo fazendas, cujas sedes se transformaram em cidades (IBGE, 2019).

Formaram-se três grandes fazendas: Jaíba, Olhos d'Água e Montes Claros; esta situada nas cabeceiras do Rio Verde. Pelo alvará de abril de 1.707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria que constituiu a Fazenda de Montes Claros. Formigas foi o segundo povoado da Fazenda Montes Claros. Gonçalves Figueira, para alcançar mercado para o gado, construiu estradas para Tranqueiras na Bahia e para o Rio São Francisco. Era grande o seu interesse de expansão do comércio de gados, e com isto, procurou ligar-se ao Rio das Velhas e também à Pitangui e Serro (IBGE, 2019).

Retornando à expedição “Espinosa-Navarro” composta por espanhóis e portugueses, ela foi

a primeira a pisar as vastas terras da Região do Norte de Minas, habitada pelos índios Anais e Tapuias. Mas era muito cedo ainda para fundar as cidades do sertão, longe do litoral. Bandeirantes partiram de São Paulo, procurando pedras preciosas, e embrenharam-se pelo sertão do Norte da Capitania de São Paulo e Minas de Ouro. Fernão Dias Pais, Governador das Esmeraldas, organizou a mais célebre Bandeira, para conquistar "Esmeraldas", da "Serra Resplandecente (MONTES CLAROS, 2018, s/p).

Montes Claros ocupa uma área de 3.582 Km², e possui nove distritos: Aparecida do Mundo Novo; Ermidinha; Miralta; Nova Esperança; Panorâmica; Santa Rosa de Lima; São João da Vereda; São Pedro da Garça e Vila Nova de Minas. (IBGE, 2019)

Foi fundado em 03/07/1857 e seu gentílico é montes-clarense. Pertence à Unidade Federativa de Minas Gerais, mesorre-gião Norte de Minas e microrregião Montes Claros (IBGE, 2017). Situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e a média de chuva anual é de 1074 mm³. Clima tropical predominantemente quente e seco com temperatura média anual de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C. (IBGE, 2019).

Cada vez mais consolidada como "Polo do Norte de Minas" Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade. Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011, *apud* SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, 2017, p.17).

Destaca-se que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de Montes Claros é de 0,770 o que a coloca como uma das melhores da região. Esse índice é avaliado levando em conta "três aspectos: longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida" (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, 2017, p. 19)

As indústrias instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico pólo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MONTES CLARO, 2017, p. 17)

A pecuária é um dos maiores e mais importantes pólos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figuram-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros (IBGE, 2019).

Atualmente, a cidade de Montes Claros conta com duas universidades públicas e diversas faculdades particulares e oferecem à comunidade local e circunvizinhas diversos cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Montes Claros é polo de região de saúde devido ao seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica. Polariza 11 municípios da região, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Drumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos D'água. Por fim, o município de Montes Claros apresenta cobertura populacional de 100% pela Estratégia Saúde da Família, considerando as 135 equipes implantadas. (IBGE, 2019; MONTES CLAROS, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

O Bairro de Maracanã onde está localizada a Unidade de Saúde trata-se de uma comunidade de cerca de 6.500 habitantes, localizada na periferia, na zona urbana e sul de Montes Claros. Faz limite com os bairros Alterosa, Nossa Senhora das Graças, Dona Gregória, Vila Campo, Ciro dos Anjos, Chiquinho Guimarães e José Correa Machado. Suas áreas de risco são os lotes vagos presentes na região que

contribuem para acúmulo de lixo e a proliferação de pragas e insetos, o que pode ocasionar no aumento ou aparecimento de doenças.

Em relação aos recursos disponíveis para a comunidade, o bairro Maracanã possui diversos recursos sociais e se apresenta bem urbanizado. No bairro, encontram-se casas de alvenaria e todas com acesso ao saneamento básico. A rede elétrica é fornecida pela Companhia Energética de Minas Gerais S.A (CEMIG) e o abastecimento de água e tratamento de esgoto, pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA)

Mas, alguns moradores também utilizam o sistema de cisternas para se abastecerem. A limpeza urbana é realizada pela coleta de lixo (terça, quinta e sábado) e pela varredura de ruas. Existe uma abrangente e diversificada área de comércio na região, onde se dispõe de padarias, supermercados, borracharia, lanchonetes, lojas de roupas, gráfica, farmácia, entre outros.

Quanto à segurança no bairro Maracanã, apesar de a comunidade reclamar da ocorrência de assaltos, tem um posto policial. A escola disponível e mais próxima da área é a Escola Estadual Doutor Carlos Albuquerque que abrange o ensino fundamental e médio.

O bairro Maracanã possui a Associação de Moradores, um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Tem igrejas evangélicas e uma católica: Paróquia Nossa Senhora de Fátima, Igreja Batista Monte Sinai, Congregação Cristã no Brasil e a Igreja Remanescente do Sétimo Dia.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema local de saúde apresenta condições de acesso à população. Ainda que a demanda seja excessivamente alta e necessite de contratação de novos profissionais e construção de novas unidades, na medida do possível, a população está sendo atendida. As redes de atenção básica fazem seu papel desenvolvendo uma atenção inicial, e quando necessário, apresenta-se regulação a hospitais com especialistas. Na maioria das vezes a contra referência é deficitária.

O financiamento da saúde se dá do modo constitucional regular por homologação de dados no prazo legal. A rede de serviços é bem completa, com Hospitais nos três níveis. Existem especialistas tanto na rede pública quanto privada, além de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendimento de emergência. Dentre a lista de problemas relacionados à rede de serviços de saúde apresenta-se o problema da atenção primária que não funciona com eficiência porque a população tende a procurar os hospitais para a demanda que poderia ser resolvida na atenção primária. Existe também a necessidade de implantação de Novas UBS e outras Unidades Hospitalares.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maracanã IV

A Unidade de Saúde da Equipe de Maracana que abriga a Equipe Maracana IV está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (3.100 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é ampla. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de reuniões. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

Conforme foi apresentado durante esta proposta de intervenção, ainda que a demanda seja alta, atualmente a população vem sendo assistida satisfatoriamente, havendo nos próximos anos novos investimentos tanto em unidades, como em contratação de profissionais.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, da Unidade Básica de Saúde Maracanã IV

A Equipe é formada pelos profissionais apresentados a seguir: seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Técnica de Enfermagem, uma Enfermeira e uma Médica.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maracanã IV

A Unidade de Saúde funciona das 7:30 h às 17:30 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala pré-determinada, em atividades relacionadas à assistência. Existe visita domiciliar, grupos operativos de Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de Saúde Mental. São atendidas, em média, 40 pessoas dia, ficando cerca de 75% para demanda agendada e 25% para demanda espontânea.

1.7 O dia a dia da equipe Maracanã IV

O tempo da Equipe Maracanã IV está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos através de grupos operativos. Estes grupos funcionam, geralmente, com frequência mensal, semanal e quinzenal, dependendo da necessidade e das condições do grupo.

O tempo da nossa equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento dos programas por meio de agendamento como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a 6 hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. Porém existe no atendimento vagas para a demanda espontânea, que ocorre de acordo com a necessidade do dia.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Utilizando o Método da Estimativa Rápida, apresentado durante a pós-graduação em Gestão do Cuidado em Saúde da Família e com base no Planejamento

Estratégico Situacional (PES) foram identificados os principais problemas existentes na comunidade e no município (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), sendo:

- Aumento dos casos de Hanseníase na comunidade;
- Resistência da equipe de saúde a mudanças no contexto do processo de trabalho
- Desorganização do sistema municipal de saúde por não apresentar uma estrutura física para funcionamento de três equipes em uma única unidade de saúde;
- Falta de conhecimento da população da hierarquia do sistema de saúde.

Ainda que existam tais realidades decidiu-se por priorizar três desses problemas e construir os nós críticos sobre os mesmos.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1-Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Maracanã IV, Unidade Básica de Saúde Maracanã IV, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade	Alta	10	Parcial	1
Resistência da equipe de saúde a mudanças no contexto do processo de trabalho	Alta	8	Parcial	2
Desorganização do sistema municipal de saúde por não apresentar uma estrutura física para funcionamento de 3 equipes em uma única unidade de saúde;	Alta	7	Fora	3
Falta de conhecimento da população da hierarquia do sistema de saúde	Alta	5	Parcial	4

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Dentre os muitos problemas encontrados na Unidade de Saúde da Família Maracanã IV Montes Claros, Minas Gerais estão as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e demais agravos. Além disso, a demanda é bastante alta, e as unidades existentes são poucas, provocando um congestionamento no atendimento. Além de serem poucas, existe uma deficiência física nas ESF, até mesmo de capacitação e conhecimentos da equipe para lidar com os problemas, inclusive, a Hanseníase, escolhida para ser o problema prioritário a ser trabalhado.

A escolha do tema Hanseníase deu-se, portanto, com base na verificação *in loco* do aumento da quantidade de casos positivos da Hanseníase na comunidade. Não que seja uma situação alarmante, mas em virtude das consequências da doença, decidiu-se apresentar esta proposta com objetivo de diminuir ao máximo os possíveis futuros casos.

É importante resolver o problema identificado em virtude da lesividade que a Hanseníase pode trazer ao indivíduo, principalmente as consequências ligadas às deformidades, mutilações, dentre outras.

Desta forma, esta proposta de intervenção buscará preconizar pela divulgação junto à população que a hanseníase é uma doença que tem cura, de forma gratuita, e deixando qualquer sequela quando diagnosticada precocemente.

Na comunidade onde exercemos as atividades clínicas, muitos são os problemas verificados, desde a falta de estrutura física de unidades e aparatos que dão suporte ao sistema de saúde, como também resistência da equipe de saúde a mudança, além de alta demanda.

Grande parte desses problemas está além das possibilidades médicas. Justamente por isso, e por verificar nos últimos tempos aumento nos casos de Hanseníase, elegeu-se a Hanseníase para ser trabalhada tanto com a equipe de saúde como com a comunidade.

A Hanseníase quando não tratada torna-se bastante contagiosa, e afeta os nervos do indivíduo, podendo causar grandes sequelas, além do próprio estigma histórico da doença.

Além do mais, a população é pouco instruída e busca o acesso ao hospital como primeira opção de atendimento pela comodidade de recebimento da medicação no momento da consulta.

Conforme mencionado, anteriormente, a Equipe de Saúde da Família Maracanã IV apresenta muitos problemas que dificultam a alta qualidade na atenção prestada, e um problema que tem se verificado ultimamente é a falta de conhecimento da equipe em lidar com a Hanseníase.

Assim sendo, as ações propostas para este plano de intervenção intencionam reorganizar e acompanhar as ações de detecção e controle da hanseníase junto aos indivíduos acompanhados da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, uma vez ter identificado aumento nas estatísticas de casos de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos indicadores e metas da unidade em estudo.

Justamente por isso, em virtude dos potenciais avanços de conhecimentos que a equipe de saúde possa obter, destacam-se, também, as vantagens que a comunidade terá em se capacitando acerca da doença, tratamento e cura.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para o desenvolvimento de ações junto à equipe de saúde e à comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, em Montes Claros, no que diz respeito a prevenção e ao combate da hanseníase.

3.2 Objetivos específicos

- Capacitar a equipe de saúde sobre conceitos relativos à hanseníase e seu tratamento para desenvolvimento das ações;
- Desenvolver atividades educativas junto à comunidade com enfoque na diminuição de infecções (prevenção);
- Monitorar as possíveis infecções (diagnóstico e tratamento) e nova intervenção para diminuição dos casos.

4 METODOLOGIA

A realização deste plano de intervenção fundamentou-se nos passos do Planejamento Estratégico Situacional, por meio do método de estimativa rápida. Foram, assim, identificados os problemas mais relevantes e a posterior definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Ressalta-se que foram realizadas reuniões juntamente com a equipe de saúde que resultaram no levantamento e apresentação dos principais problemas que dificultam o trabalho. Muitos destes problemas são de ordem estrutural, e que dificultam muito a possibilidade de modificação.

O plano de intervenção se apoiou em revisão bibliográfica feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e em documentos de órgãos públicos (Ministérios, OPAS/OMS) e de outras fontes de busca para revisão.

Os descritores utilizados para a busca do material bibliográfico foram:

Estratégia Saúde da Família.

Hanseníase.

Educação em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) é assinalada como porta de entrada para as necessidades e problemas de saúde mais comuns demandados pela população do território onde atuam equipes de saúde e considerando seus determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017a).

De acordo com a Portaria nº 2436, no Art. 2º, tem-se que:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, s/p)

No que diz respeito às ações específicas, a estratégia de saúde da família almeja realizar intervenções tanto no ambiente das unidades de saúde como também nos domicílios de sua população adstrita. “E essas intervenções serão distintas se considerados os indivíduos em seu cuidado singular (com seus fatores de risco clínicos, vulnerabilidades e potencialidades próprias) ou se considerada uma dada população” (BRASIL, 2014, p.28).

Ademais, o programa pretende diagnosticar e atuar sobre os fatores de risco que a comunidade esta exposta bem como instruir a população a respeito dos processos de saúde/doença. Ademais, a ESF predispõe o incentivo à participação e produção popular de práticas para o cuidado em saúde (BRASIL, 2017a).

Em relação às diretrizes operacionais, a ESF leva em consideração as diferenças entre a realidade de cada região e municípios do país. Além do caráter subjetivo, a estratégia ainda possui como diretivas a complementariedade dos serviços, hierarquização, adscrição da clientela e cadastramento das famílias de cada área das unidades de saúde. (BRASIL, 2017a).

No que tange a adscrição e cadastramento da comunidade, é recomendado que cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou unidade de atenção primária à saúde (UAPS) seja responsável por uma população com no máximo 4.500 habitantes, podendo se estender dependendo das particularidades socioeconômicas de cada região. O cadastramento, por sua vez, deve ser feito através das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também vão obter “[...] os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas” (BRASIL, 1997, p.12).

De acordo com a Secretaria de Assistência em Saúde, no que diz respeito às competências da eSF “As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação” (BRASIL, 1997, p.13). Dessa forma, as equipes precisam conhecer a realidade socioeconômica de cada família e os problemas de saúde prevalentes na área. Ademais, é preciso que os profissionais utilizem o sistema de referência e contrarreferência para assistir demandas q não podem ser supridas pela unidade básica (BRASIL, 1997).

Além disso, a equipe multiprofissional deve desenvolver ações de planejamento, intervenção, capacitação e instrução em saúde de forma contínua. Por fim, é necessário também que as unidades com ESF realizem o acompanhamento e avaliações dos seus serviços prestados, de forma a permitir que mudanças sejam feitas para aperfeiçoar a eficácia e eficiência dos cuidados em saúde. (BRASIL, 2011).

5.2 Atenção Primária à Saúde

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposto em 1978, durante a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde ocorrida na cidade de Alma-Ata. Trata-se de um modelo de assistência em saúde que utiliza de ferramentas e técnicas de fácil acesso que se encontrem ao alcance da população. Pode ser definido assim como o primeiro nível de acesso dos indivíduos ao sistema

de saúde bem como a base de organização para os demais níveis de atendimento. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

No território brasileiro, a atenção primária, como modelo de assistência em saúde, iniciou-se com o estabelecimento dos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no início da década de 1990. Com o objetivo de aperfeiçoar o modelo foi criado ainda na mesma década o Programa de Saúde da Família (PSF) e as primeiras equipes foram formadas, que no final de 2019, estavam presentes em 74,53% do país. (BRASIL, 2019).

Com relação às obrigações, o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 estabelece que cabe à APS oferecer “[...] ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]”. Além disso, o documento dispõe que todos esses serviços sejam disponibilizados tanto na esfera individual quanto coletiva. (BRASIL, 2017a, s/p).

Para realizar suas ações, ainda de acordo com o PNAB-2017, a atenção primária deve-se organizar em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em territórios delimitados para cada uma delas. Estes postos devem possuir uma estrutura que seja adequada para a execução das atividades da equipe multiprofissional bem como permitir o acesso de toda a comunidade adstrita. (BRASIL, 2017a).

Também vale destacar que os profissionais de saúde devem estar capacitados para saírem de uma formação, na maioria das vezes, de cunho curativista, centrada no médico e na terapia medicamentosa e compreender a família, como centro de suas atenções. Silva, Silva e Bouso (2011, p.1254) destacam:

A oportunidade apresentada pela ESF, de superação em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, é única. Pelo convívio com as famílias, os profissionais da equipe podem perceber demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados.

No que tange o funcionamento, as unidades devem estar disponíveis para prestar assistência durante cinco dias da semana, por todos os 12 meses do ano. A equipe de saúde atuante pode ser do tipo atenção básica (eAB) ou equipe de saúde da

família (eSF). Além disso, as unidades contam com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para complementar as ações e permitir que o cuidado ocorra de forma integral. É válido ressaltar ainda que, de acordo com o Ministério da Saúde, a atenção primária baseada na estratégia de saúde da família, pode alcançar até 80% de resolutividade das demandas. (BRASIL, 2017a).

5.3 Hanseníase

Segundo o Manual do Ministério da Saúde “Guia Prático Sobre a Hanseníase (BRASIL, 2017b), trata-se de uma doença crônica, infectocontagiosa, de agente etiológico conhecido, denominado *Mycobacterium leprae*. É um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que afeta principalmente nervos periféricos, denominadas células de Schwann.

Hanseníase é, por conseguinte, causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Este bacilo se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar (LASTORIA; ABREU, 2012).

No Brasil, a taxa de detecção de novos casos encontra-se no segundo lugar no ranking mundial e as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste são as mais acometidas (BRASIL, 2019).

Souza *et al.* (2018) mostram dados a respeito da hanseníase no nordeste brasileiro. No Rio Grande do Norte, em 2016, a taxa correspondia a 5,7 casos novos para cada 100 mil habitantes, no Maranhão, era de 47,3/100 mil habitantes enquanto a Bahia ocupou a sexta posição, tendo com período registrado o ano de 2015.

Souza, Luna e Magalhaes (2019), em estudo realizado na Bahia, justificam sua relevância com base em duas premissas: uma, a hanseníase não acontece por acaso no tempo e no espaço e a outra que é necessário compreender o processo de transmissão da doença em áreas endêmicas.

Contudo, Souza *et al.* (2018, p.9) ressaltam que na Bahia, a partir de pesquisa feita com o objetivo de comparar a evolução temporal e a distribuição espacial dos indicadores epidemiológicos de hanseníase brutos e corrigidos pelo modelo bayesiano empírico, Bahia, Brasil, 2001-2012, identificaram que:

A partir de uma distribuição espacial heterogênea, dois cenários igualmente importantes foram mostrados: de um lado, a existência de municípios com elevado risco de transmissão da doença; e do outro, um contingente de municípios silenciosos, supostamente inertes em face à presença da hanseníase. Adicionalmente, o crescimento da taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico reforça o caráter de negligência e o elevado valor social - transcendência - da hanseníase enquanto problema para a Saúde Pública

Silvestre e Lima (2016, p. 94) afirmam que a Hanseníase segue como uma doença que ainda não tem um “[...] teste padrão ouro para o diagnóstico, em virtude da incapacidade de se reproduzir o *M. leprae* em meios de cultura *in vitro*, portanto o diagnóstico ainda é essencialmente clínico [...]”. Mas que diversos estudos mostram que contatos nos domicílios, na vizinhança ou contatos sociais de pacientes com hanseníase proporcionam grande risco de ser a maior fonte de disseminação do bacilo, principalmente, em áreas endêmicas.

A Hanseníase se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como as lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. Sua principal característica é afetar os nervos superficiais da pele, como também troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos). Também pode acometer olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.). (BRASIL, 2017b)

Deste modo é fundamental levantar informações relativas ao comprometimento dos nervos periféricos, como uma das principais características da doença. Tal comprometimento lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades, quando em condições avançadas (BRASIL, 2016).

A partir de 1991 com o tratamento a partir de poliquimioterapia (PQT-OMS) a Organização Mundial da Saúde apresentou um plano de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. O parâmetro adotado pela OMS foi de prevalência conhecida inferior a 1/10.000 habitantes. Infelizmente o Brasil andou na contra mão dessa medida, sendo atualmente um dos países com maiores prevalências deste problema (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Ribeiro, Silva e Oliveira (2018, p.2) esclarecem que:

Nesse contexto, o Brasil, assim como os outros países, implementou políticas de tratamento ambulatorial, campanhas e diretrizes para controle da doença. Por intermédio do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, os estados e municípios promoveram ações como oficialização da implantação da poliquimioterapia e diagnóstico e tratamento para todos os casos novos esperados.

O Brasil não alcançou as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. Todavia se dispôs a buscar controlar e enquadrar-se nos padrões da OMS até 2020 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

Volta-se a afirmar que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) apresentou tática global para extinção de hanseníase 2016-2020. Todavia, o Brasil é o único país das Américas que não conseguiu extinguir a hanseníase como problema de saúde pública e que é responsável por 94% dos novos casos da doença nas Américas (OPAS/OMS, 2017)

Outro pilar de suma importância no tratamento e erradicação da hanseníase é educação em saúde. A educação tanto deve ser feita de forma individual e em grupo, sendo esta prioritária, mas há casos em que há necessidade de atender especificidades de um doente.

Para Maia *et al.* (2018, p.84), “a formação de grupos representa uma proposta adequada para efetivar a educação em saúde como instrumento de transformação social e melhoramento da saúde e da qualidade de vida”.

Complementando, Kessler *et al.* (2018) destacam que resultados de pesquisa realizada revelaram ser necessário conhecer o perfil epidemiológico e as

necessidades de saúde de uma comunidade com vistas à programação de ações educativas. E que a oferta destas ações e de promoção da saúde nas Unidades Básicas de saúde estão voltadas à prevenção de HAS e DM, pré natal, aleitamento materno e prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Mas, é necessário ações planejadas também para, dentre outros problemas de saúde, para a prevenção da tuberculose e hanseníase.

[...] essas ações não devem ser impositivas e/ou punitivas, e sim desenvolvidas numa relação de vínculo entre profissional e usuário, permitindo a conscientização e o empoderamento para o autocuidado”(KESSLER *et al.*, 2018, p.10).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O cotidiano clínico na Unidade Básica de Saúde Maracanã IV, em Montes Claros, Minas Gerais, demonstra que não é muito comum a ocorrência de pacientes com diagnóstico positivo para Hanseníase. Contudo, em 2019, desde janeiro, foram verificados alguns casos confirmados de pacientes diagnosticados com Hanseníase, ensejando a necessidade de uma intervenção, inclusive no sentido de orientação da equipe de saúde para lidar com o problema até mesmo pelas possíveis consequências que a Hanseníase pode trazer ao indivíduo.

Na grande maioria dos indivíduos identificados, tratava-se de pessoas que vivem em áreas mistas ou periféricas da comunidade. Durante as orientações iniciais para a equipe de saúde percebeu-se que o conhecimento dos mesmos a respeito da Hanseníase é deficitário, podendo ser até considerado escasso e limitado, o que despertou a necessidade de se propor um plano da intervenção, atingindo tanto a equipe de saúde na construção de conhecimento quanto a comunidade, com orientações relativas à prevenção.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Não existe até o momento razões que de fato expliquem a origem do problema. Até mesmo porque a Hanseníase, segundo a literatura, exige um contato longo e prolongado para ser transmitida. Além disso, há relatos que indivíduos imunossuprimidos têm maiores chances de contrair a doença. Assim, a explicação mais plausível é de que um indivíduo que contraiu a doença e não está em tratamento transmitiu aos demais. É justamente neste sentido que se deseja cadastrar os endereços dos casos confirmados e promover ações com este público. Isto porque quando não tratada a hanseníase pode causar inúmeras complicações ao indivíduo, que vão desde problemas nervosos, até a mutilação de membros.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para resolução do problema alguns desafios devem ser superados, chamados por esta proposta de intervenção como nós críticos:

- Falta de conhecimento da população sobre as principais características da hanseníase (principalmente no contexto do contágio)
- Conhecimento deficitário da equipe de saúde para trabalhar a questão e orientar os usuários da forma correta de gerir o agravo.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Desse modo, as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, no município Montes Claros, estado de Minas Gerais, serão detalhados em quadros 2 e 3 a seguir :

Quadro 2- Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento da população sobre as principais características da hanseníase
6º passo: operação (operações)	Promover ações de conscientização da população selecionada sobre as características da Hanseníase, com enfoque nos sinais e sintomas, contágio, consequências e no tratamento.
6º passo: projeto	<i>Conhecendo a Hanseníase</i>
6º passo: resultados esperados	Diminuir, em de 50%, os casos de Hanseníase na Comunidade; População conhecedora da doença de forma geral e aderindo ao tratamento.
6º passo: produtos esperados	Programa de Conscientização sobre a Hanseníase através de Reuniões quinzenais com membros da comunidade.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre a Hanseníase; Financeiro: Recursos para impressão de folhetos e cartazes informativos; Político: Mobilização da população;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: sensibilizar a população para aderir ao projeto educativo proposto. Financeiro: verba para aquisição de materiais audiovisuais.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A médica da Unidade e enfermeira – apresentam motivação Favorável;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Mensalmente, a médica e enfermeira, por meio da participação das pessoas nos grupos educativos, verificarão como estão se autocuidando, como está o tratamento, se sentem efeitos colaterais e como lidam com eles. Por se tratar de doença crônica, a intenção é manter por tempo indeterminado, grupos educativos no CSG.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado, verificando se os casos de Hanseníase vem diminuindo na região. Em caso negativo, realizar novamente as ações planejadas. E se os pacientes estão seguindo a risca o tratamento.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Aumento dos casos de Hanseníase na Comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maracanã IV, do município Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Conhecimento da equipe de saúde para trabalhar a questão e orientar os usuários da forma correta de gerir o agravo
6º passo: operação (operações)	Promover ações voltadas à capacitação da equipe de saúde sobre as características da Hanseníase, com enfoque no contágio, sinais e sintomas, sequelas quando não tratada, tratamento e as consequências aos usuários membros da comunidade.
6º passo: projeto	<i>Conhecendo para cuidar</i>
6º passo: resultados esperados	100% da equipe conhecendo as principais características da Hanseníase e seu tratamento. Equipe sabendo cuidar efetivamente dos pacientes com hanseníase.
6º passo: produtos esperados	Programa de promoção do conhecimento sobre a Hanseníase entre membros da equipe de saúde.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Informações sobre a Hanseníase; Financeiro: Recursos para impressão de folhetos e cartazes informativos para equipe de saúde; Político: Mobilização da equipe de saúde;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: Liberação de Recursos para impressão do material a ser distribuído entre membros da equipe de saúde;
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A médica e enfermeira da Unidade – apresentam motivação Favorável; Mobilização da equipe de saúde para execução das ações;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Cerca de 30 dias após o início das ações; Responsabilidade da médica e enfermeira.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será efetuado verificando se a equipe de fato tem conhecimentos suficientes para orientar os usuários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, com base nas informações obtidas no diagnóstico situacional realizado na comunidade sob responsabilidade da equipe de saúde da família Maracanã IV, consoante ao estudo bibliográfico realizado, confere-se a necessidade do poder público local considerar a realização de ações para a prevenção e acompanhamento de pacientes com Hanseníase. A partir de tais medidas, são esperados impactos tanto de forma direta quanto indireta na qualidade de vida dos portadores da doença bem como no conhecimento por parte da comunidade e equipe de saúde a respeito das medidas preventivas.

Além disso, com a execução do plano de ações, é aguardado que as intervenções propiciem a capacitação da equipe de saúde Maracanã IV para o manejo de pacientes com Hanseníase. Igualmente, com a elaboração das práticas em conjunto com gestores de saúde e atores sociais da comunidade ocorra um fortalecimento do vínculo que facilite a comunicação entre os mesmos corroborando para que novos planejamentos para solucionar demandas locais sejam realizados com maior propensão e rapidez.

Em última análise, no que diz respeito aos resultados esperados com a implementação de ações para combater a Hanseníase, é esperado que a comunidade adscrita à UBS Maracanã IV participe de forma eficaz e duradoura nas práticas em saúde realizadas. Essas medidas vão ao encontro da estratégia de saúde da família que preconiza a participação popular tanto na adesão às ações executadas pela equipe de saúde como também na criação de novas atividades que respondam aos problemas locais.

Por fim, é válido ressaltar que, ao realizar todo o processo de intervenção, a equipe de saúde espera por uma redução na demanda de atendimentos na UBS por parte dos pacientes com Hanseníase com condições agravadas pela doença. Dessa forma, permitirá à equipe de saúde destinar parte do seu tempo e recurso que não foram aplicados à essas situações para assistir à comunidade em seus demais problemas bem como planejar novas ações de intervenção no território adstrito à unidade.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 49, n.4, p. 1-10, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: o que é, causas, sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Saúde de A a Z. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília/DF; **DOU**, seção 1, 29 jun. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**.. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em 22 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017^a. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**. Edição: 183, Seção: 1, p. 68, 22/09/2017a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **e-Gestor AB**: informação e gestão da atenção básica, 2019. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reiHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=YXw76KDO0rh7j07opB1mOdhA>>. Acesso em: 29 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 16 de agosto de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA BRASIL. IBGE Cidades. Montes Claros. **Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/montes-claros/315057>>. Acesso em: 16 de maio de 2019.

KESSLER, M. *et al.* Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017389, 2018

LASTORIA, J.C; ABREU, M.A.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Revista Diagn Tratamento** . v.17, n.4, p. 173-9, 2012

MAIA, J. D. S. *et al.*. A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**, v.4, n.1, p.81-97, 2018.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal de Montes Claros. **Serviços**: aspectos gerais, 2018 Disponível em: portal.montesclaros.mg.gov.br

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, Cazaquistão.1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para hanseníase 2016–2020**: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2017, Nova Deli: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático.

RIBEIRO, M. D.A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S.B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Rev Panam Salud Publica**, n. 42, p.1-7, 2018.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, Oct. 2011

SILVESTRE, M.P. S. A.; LIMA, L. N.G. C. Hanseníase: considerações sobre o desenvolvimento e contribuição (institucional) de instrumento diagnóstico para

vigilância epidemiológica. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 7, n. esp, p. 93-98, dez. 2016

SOUZA, C. D. F.; LUNA, C. F.; MAGALHAES, M.A. F. M. Transmissão da hanseníase na Bahia, 2001-2015: modelagem a partir de regressão por pontos de inflexão e estatística de varredura espacial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2018065, 2019

SOUZA, C.D.F. *et al.* Estudo espacial da hanseníase na Bahia, 2001-2012: abordagem a partir do modelo bayesiano empírico local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 27, n. 4, e2017479, 2018