

# PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR AS AÇÕES DE DETECÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ

Mayara de Brito Couto<sup>1</sup>, José Couras da Silva Filho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. E-mail: mayaracoutosjp@hotmail.com.

<sup>2</sup> Farmacêutico-bioquímico, especialista em Análises Clínicas, mestre em Farmacologia, Doutor em Biotecnologia da Saúde. E-mail: zecouras@hotmail.com

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium Leprae*. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares desta doença, tornando seu diagnóstico simples. Nos últimos anos o município de São João do Piauí-Pi tem diagnosticado muitos casos de Hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde. Em 2016 foram diagnosticados 8,6 casos para cada 10 mil habitantes na faixa etária de 15 ou mais. Em menores de 15 anos em 2017 foram diagnosticados 2,5 casos para cada 10 mil habitantes. Quando a prevalência se mantém baixa (menor que 1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública. Trata-se de uma proposta de intervenção para diagnosticar novos casos de hanseníase na área de abrangência da ESF I no município de São João do Piauí- PI, por ser o principal problema de saúde identificado ao discutir o diagnóstico de saúde com a equipe. Para identificação dos problemas a equipe elaborou um roteiro de entrevista para os usuários, sendo realizado por cada agente de saúde em sua micro-área. Consideraram-se que as causas que devem ser enfrentadas foram o nível de informação, estruturas do serviço de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde. A proposta contempla treinamento dos profissionais de saúde; educação em saúde para a população adscrita e realização de busca ativa de casos suspeitos de hanseníase visando facilitar o diagnóstico e o tratamento dos casos detectados.

**Palavras-Chave:** Hanseníase. *Mycobacterium leprae*. Cuidados primários em saúde.

## ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium Leprae*. The predilection for the skin and peripheral nerves confers peculiar characteristics of this disease, making its diagnosis simple. In recent years, the municipality of São João do Piauí-Pi has diagnosed many cases of leprosy in the Basic Health Units. In 2016 8.6 cases were diagnosed for every 10,000 inhabitants in the age group of 15 or more. In children under 15 years of age in 2017, 2.5 cases were diagnosed for every 10,000 inhabitants. When the prevalence remains low (less than 1), leprosy is not considered a public health problem. This is an intervention proposal to diagnose new cases of leprosy in the scope of ESF I in the municipality of São João do Piauí-PI, as it is the main health problem identified when discussing the health diagnosis with the team. In order to identify the problems, the team developed an interview script for the users, being carried out by each health agent in their micro-area. It was considered the causes that should be faced were the level of information, health service structures and work process of the health team. The proposal includes training of health professionals; health education for the population enrolled and the active search of suspected cases of leprosy in order to facilitate the diagnosis and treatment of the cases detected.

**Keywords:** Leprosy. *Mycobacterium leprae*. Primary health care.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Análise de situações problemas do seu território

O Município de São João do Piauí localiza-se a uma latitude 08°21'29" sul e a uma longitude 42°14'48" oeste, estando a uma altitude de 222 metros. Sua população estimada no ultimo censo era de 19.548 habitantes. Possui uma área de 1.488,8 km<sup>2</sup>. Localizada na região sudeste do estado do Piauí, às margens do rio Piauí, aproximadamente 450 km da capital Teresina, São João tem sua economia concentrada na agricultura familiar, na pecuária e mais recentemente no comércio, sendo assim uma das cidades mais importantes do sul do estado. Apresenta 8.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 63.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.47 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.5 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016).

No município boa parte do desenvolvimento da epidemiologia teve por objetivo a melhoria das condições de saúde da população, onde os profissionais recebem capacitações frequentemente. O município trabalha com todos os programas de vigilância epidemiológicos preconizados pelo MS, sendo considerado um dos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Dengue. Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde desenvolveu sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros. Há ampla disponibilidade eletrônica desses dados cada vez mais utilizados no ensino de saúde pública (BRASIL, 2018).

Persiste o desafio de melhor aproveitar essas informações na gestão do SUS. A expansão da produção e do acesso aos dados não se faz acompanhar pelo desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, enquanto faltam análises orientadas para subsidiar decisões de política. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados (BRASIL,2018).

Após serem observados quanto à qualidade e cobertura dos dados de saúde, é preciso transformar esses dados em indicadores que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos. Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para (VAUGHAN e MORROW, 1992): analisar a situação atual de saúde; fazer comparações; avaliar mudanças

ao longo do tempo. Os indicadores de saúde são de extrema importância para a gestão e principalmente para avaliar a situação da saúde sob o ponto de vista sanitário. O seu objetivo principal é medir o desempenho do país dentro do segmento de saúde a fim de prover melhores condições para sua população.

De acordo com dados analisados no município de São João do Piauí em relação às outras regiões do país pôde-se observar que a incidência da Hepatite B e C foram baixas, assim como a febre hemorrágica da dengue e a sífilis. A taxa de incidência da AIDS também foi baixa em relação às outras regiões, significa o bom planejamento e foco nas campanhas de prevenção para o controle da transmissão do HIV. A taxa de incidência de tuberculose também foi baixa, isso é um ponto positivo para o município, um estudo feito por pesquisadores da USP avaliou o impacto de diversos fatores socioeconômicos no risco de tuberculose e concluiu que a aglomeração dentro das casas é um dos principais mecanismos que podem explicar a associação entre tuberculose e pobreza. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG, que ajuda ainda mais a reduzir os riscos (BRASIL, 2018).

A dengue em 2015 não foi registrado nenhum caso e em 2016 foram registrados 6 casos, o que podemos considerar uma baixa incidência, significa uma política de prevenção adequada. Houve também uma alta prevalência nos casos de hipertensão arterial nesse município, provavelmente a população está exposta aos fatores de risco e entre eles podemos citar obesidade, tabagismo e o estresse. Quanto às internações hospitalares pode-se ver que ainda ocorre bastante, e se ocorrer de maneira correta reflete o subsídio de processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS (BRASIL, 2018).

Nos últimos anos o município tem diagnosticado muitos casos de Hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde. Em 2016 foram diagnosticados 8,6 casos para cada 10 mil habitantes na faixa etária de 15 ou mais. Em 2018 houve uma pequena queda nesse número onde foram diagnosticados 7,6 casos para cada 10 mil habitantes na faixa etária de 15 ou mais. Em menores de 15 anos em 2017 foram diagnosticados 2,5 casos para cada 10 mil habitantes. No Brasil, as taxas são classificadas em: baixa (menos de 1 caso por 10 mil), média (1 a 4), alta (5 a 9), muito alta (10 a 19) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20). Quando a prevalência se mantém baixa (menor que 1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública (BRASIL, 2018).

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária.

Ainda é uma doença que muitos ignoram até mesmo por não saber o grau da seriedade das sequelas por ela causada. Manifesta-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, em especial o mediano, radial, ulnar, tibial, fibular e o facial. Os primeiros sintomas são manchas brancas e vermelhas, que podem surgir em qualquer parte do corpo. O comprometimento dos nervos periféricos é a principal característica da doença e possui grande potencial para provocar incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Essas incapacidades e deformidades podem acarretar múltiplos problemas para o paciente com hanseníase, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra os portadores da doença (BRASIL, 2008a).

O tratamento do portador da doença é essencial para sua cura e para a eliminação da fonte de infecção evitando a transmissão da doença. O controle da hanseníase baseia-se na descoberta de casos de pacientes já doentes, no tratamento regular dos diagnosticados e no exame dos contatos domiciliares desses casos, assim como no acompanhamento feito pelas equipes de saúde da família.

Diante da ausência de informações mais precisas sobre a doença no município, considerando a necessidade de encontrar estratégias para melhorar o atendimento e a precocidade do diagnóstico, este estudo tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção que contemple a atualização dos profissionais da equipe, desenvolver as ações de detecção e controle da hanseníase na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tia Diva em São João do Piauí-PI.

## **1.1 Objetivos**

### **Objetivo geral**

- Desenvolver as ações de detecção e controle da hanseníase na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tia Diva em São João do Piauí-PI.

### **Objetivos específicos**

- Capacitar a equipe para prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos com realização de exame dermatológico.
- Identificar precocemente casos suspeitos de hanseníase

- Realizar atividades educativas voltadas para pacientes em acompanhamento na área da unidade de saúde.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Características Clínicas da Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium Leprae*, que atinge pessoas de todas as idades, principalmente aquelas na faixa etária economicamente ativa, tendo assim grande importância para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante. A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença (BRASIL, 2007).

È uma doença muito antiga, que tem uma terrível imagem na história e na memória da humanidade, pois desde tempos remotos tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, ocasionando rejeição, discriminação e exclusão do doente na sociedade. As pessoas acometidas pela hanseníase foram confinadas e tratadas em leprosários durante muitos anos, o que deu origem ao estigma da doença e ao preconceito contra o doente (BRASIL, 2001).

O estigma ligado à hanseníase ocorre desde tempos imemoráveis, sendo por isso uma condição complexa, que exige um processo de mudança gradativo através dos anos. Nesse sentido, muitas ações foram e ainda estão sendo desenvolvidas com o objetivo de amenizar esse estigma. Uma dessas ações foi a mudança do nome lepra para hanseníase, mas nem todos os países adotaram esta nomenclatura. O Brasil teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo lepra por hanseníase, contribuindo para a redução do preconceito e o estigma que envolve a doença (QUEIROZ, 1997).

O agente etiológico *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. A doença acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.). Se não tratada na forma inicial, a doença quase sempre

evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade, inclusive crianças e idosos (BRASIL, 2017).

Essa evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas. Apenas os doentes com muitos bacilos (pacientes multibacilares) e sem tratamento são considerados fonte de infecção e devido ao longo período de incubação (2 a 7 anos) a hanseníase é pouco frequente na faixa etária de 0 a 14 anos. No entanto, em áreas endêmicas a exposição precoce em focos domiciliares aumenta a incidência de casos em menores de 15 anos (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2010b).

O diagnóstico da hanseníase é realizado essencialmente nos serviços de Atenção Básica de Saúde, por meio do exame dermatoneurológico, com o objetivo de identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos.

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para confirmação diagnóstica. Recomenda-se que, nessas unidades, os casos sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico, à avaliação neurológica, à coleta de material (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo) e, sempre que possível, a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto, avaliação pelo ortopedista, neurologista e outros especialistas para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas (BRASIL, 2010).

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (BRASIL, 2010). A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), sempre que disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos como PB ou MB (BRASIL, 2010). A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. Observe-se que o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase. (BRASIL, 2008).

Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas, de acordo com a resposta imunológica específica do hospedeiro frente ao bacilo e quatro formas clínicas são reconhecidas segundo o grau de resposta imunológica: a indeterminada, a tuberculóide, a dimorfa e a virchowiana. Todas elas apresentam manifestações dermatológicas que variam desde manchas hipocrômicas ou avermelhadas discretas e localizadas até infiltrações

extensas, evoluindo com placas, nódulos e úlceras, associadas com algum grau de comprometimento neural decorrentes de um processo inflamatório dos nervos periféricos (SOUSA, 1997).

Os principais sinais e sintomas da hanseníase são: áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber; pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local (BRASIL, 2017).

Além dos sinais e sintomas mencionados, pode-se observar dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras; edema de mãos e pés com cianose (arroxamento dos dedos) e ressecamento da pele; febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito; aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores); entupimento, feridas e ressecamento do nariz; ressecamento e sensação de areia nos olhos (BRASIL, 2017)

A classificação simplificada da hanseníase, que se relaciona às formas clínicas, foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para facilitar o trabalho de campo e considera principalmente o número de lesões na pele. De acordo com essa classificação operacional, os casos com até cinco lesões de pele são considerados como hanseníase paucibacilar (PB), e casos com mais de cinco lesões, como multibacilar (MB). No entanto, a demonstração do *M. leprae* no esfregaço de linfa (baciloscopia) ou cortes histológicos de tecidos confirma hanseníase multibacilar, independente do número de lesão (LASTÓRIA & ABREU, 2015).

O tratamento padrão para a hanseníase preconizado pela OMS consiste na combinação de drogas: autoadministração diária de Dapsona (100 mg) e dose supervisionada mensal de Rifampicina (600 mg) e Dapsona (100 mg) durante 6 meses para hanseníase paucibacilar e doses diárias de Dapsona (100 mg) e Clofazimina (50 mg) e dose supervisionada mensal de Rifampicina (600 mg), Clofazimina (300 mg) e Dapsona (100 mg) por 12 meses para hanseníase MB. As primeiras doses da poliquimioterapia matam o bacilo, tornando-o incapaz de infectar outras pessoas, rompendo assim a cadeia epidemiológica da doença. O diagnóstico precoce da hanseníase e o seu tratamento adequado evitam a evolução da doença e instalação das incapacidades físicas (BRASIL, 2017). O Tratamento

supervisionado contribui para reduzir o abandono de tratamento e aumentar o número de pessoas curadas. As pessoas em tratamento podem continuar suas atividades normais: conviver com sua família, seus colegas de trabalho e amigos (BRASIL, 2008).

Devido aos acometimentos dos nervos, o diagnóstico tardio e a demora para iniciar o tratamento podem provocar o desenvolvimento de incapacidades e deformidades nas pessoas atingidas pela doença (BRASIL, 2008).

As incapacidades físicas e deformidades são um grande problema na hanseníase, sendo responsáveis pela exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho, do convívio social e da sua participação na comunidade (BRASIL, 2008).

Está citada nos textos bíblicos como algo a ser temido, devendo os portadores ser isolados para evitar o contágio, pois nos tempos antigos não se conhecia outra forma de controle.

Antes da descoberta do tratamento de hanseníase com a poliquimioterapia, o controle da doença era feito por meio do isolamento das pessoas nos hospitais colônias, o isolamento compulsório, determinado pelas autoridades federais (BRASIL, 2008).

Essas medidas eram tomadas para quebrar a corrente do contágio, pois os doentes eram afastados dos seus familiares, dos amigos, do seu trabalho, da sua comunidade. Com essas medidas, milhares de famílias foram destruídas sendo esta uma política sanitária que embora tenha sido utilizada para evitar a transmissão, ela acabou por violar os direitos humanos (BRASIL, 2008).

A hanseníase é uma das doenças que continuam sendo um importante problema de saúde pública em várias regiões do mundo devido à sua magnitude, gravidade e relevância social (MOREL, 2012).

É considerada uma das doenças mais antigas que atinge os homens e apesar de serem reconhecidas medidas efetivas de prevenção, diagnóstico e tratamento, a hanseníase está presente em aproximadamente 115 países. O Brasil representa um dos países com a maior carga de hanseníase no mundo, perde apenas para a Índia em número de novos casos detectados e se compara com Indonésia, Nigéria, Bangladesh, República Democrática do Congo, Nepal Myanmar, e Filipinas como países alvo para o controle da infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2010).



No Brasil, dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontam redução de 34,1% no número de casos novos diagnosticados no Brasil, passando de 43.652, em 2006, para 28.761 no ano de 2015. Devido a seu impacto na saúde pública a hanseníase é uma doença de notificação compulsória incluída no sistema de vigilância epidemiológica do país. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença, estimar a sua magnitude como problema de saúde na população e as informações geradas por esse sistema servem de subsídio para as ações de prevenção, monitoramento e avaliação de agravos e doenças (MUGUANDE et al., 2011).

A eliminação da doença em âmbito nacional possui ações exclusivas através do Programa de Controle da Hanseníase, presente na Atenção Primária à Saúde (APS), em particular nas Equipes de Saúde da Família (ESF), atendendo a população por meio de ações preventivas e curativas (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconiza que o modelo de atenção à doença – baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento das incapacidades físicas e vigilância dos contatos – seja executado em toda a rede de atenção primária à saúde (APS), com o suporte da atenção secundária e terciária, para reduzir os níveis endêmicos da doença e garantir a qualidade da assistência (BRASIL, 2010).

Para garantir a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) no ano de 2011, que contempla a hanseníase no rol da atenção integral à população brasileira que deve ser ofertada pela APS (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias da comunidade, promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a). Em relação à hanseníase, os profissionais da atenção básica tem a responsabilidade de realizar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos casos e também, notificar no SINAN por meio das fichas padronizadas (BRASIL, 2017).

As ações de combate a hanseníase dependem da qualificação de todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos, conversar com o paciente e encaminhá-lo para realização de exames, tratamento adequado e reabilitação, quando

necessária. Elas dependem ainda da gestão em rede dos serviços necessários a assistência integral e igualitária a saúde das pessoas acometidas pela doença (BRASIL,2008).

Tendo em vista a complexidade da hanseníase, de seu histórico de estigma e segregação e de todo o contexto social que envolve a doença, de acordo com Souza et al, 2017 é importante elaborar medidas específicas que visem minimizar os efeitos da doença na comunidade, bem como ampliar as taxas de detecção de casos novos para posteriormente controlar a doença por meio de medidas que interrompam sua cadeia de transmissão.

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. A principal forma de prevenir as deficiências e as incapacidades físicas é o diagnóstico precoce (BRASIL, 2017)

O objetivo geral da prevenção de incapacidades é proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora de sua condição física, socioeconômica e emocional. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes (BRASIL, 2017).

A prevenção e o tratamento das incapacidades físicas são realizados pelas unidades de saúde, mediante utilização de técnicas simples (educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, férulas, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos). Os casos com incapacidade física que requererem técnicas complexas devem ser encaminhados aos serviços especializados ou serviços gerais de reabilitação (BRASIL, 2017).

### 3. PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Capacitação inadequada dos profissionais de saúde para atender pacientes com a doença.  Assistência aos pacientes desenvolvida de forma fragmentada	Capacitar a equipe para prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos com realização de exame dermatológico.	Aumentar o conhecimento dos profissionais sobre a doença e a importância do diagnóstico e acompanhamento de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Prazo: 3 meses	.Aplicar instrumento de fixação de conteúdo e casos clínicos para discussão em grupo.  Planejar um cronograma bimestral para discussão dos casos de hanseníase em acompanhamento.	Coordenação da Atenção Básica
Possibilidade de subnotificação de casos de hanseníase.	Identificar precocemente casos suspeitos de hanseníase	Ampliar as atividades de diagnóstico da hanseníase.  Prazo: 5 meses	- Divulgar através de panfletos os sintomas da doença em visitas domiciliares realizadas pelas ACS.  -Realizar exame de contato.  - Incluir no cronograma atividades com a comunidade para discussão do tema, através de palestras, rodas de conversa e oficinas.	Equipe da Saúde da Família I e Coordenação da Atenção Básica
Dificuldade dos pacientes em acompanhamento de aderir integralmente ao tratamento	Realizar atividades educativas voltadas para pacientes em acompanhamento na área da unidade de saúde.	Aumentar a adesão dos pacientes em acompanhamento ao tratamento.  Prazo: 6 meses	- Avaliar através de entrevistas individuais como os pacientes costumam utilizar as medicações.  -Organizar um cronograma individual de consultas de acompanhamento.  - Realizar busca ativa dos pacientes que faltarem as consultas de acompanhamento.  - Realizar palestra para incluir as famílias no incentivo ao tratamento.	

#### **4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO**

Serão realizados encontros na UBS com a equipe responsável pelas ações mensalmente, onde serão observados os prazos e a participação dos integrantes da equipe, além de reuniões semestrais com os usuários atendidos para identificar a satisfação com os serviços oferecidos. Também durante as reuniões serão avaliadas as dificuldades e perspectivas. A equipe será capacitada para o diagnóstico suspeito através de palestras com profissionais capacitados.

Um ano após a execução do projeto será elaborado um relatório, para avaliação dos resultados com base nos encontros e avaliações anteriores para apresentação do relatório para todos os participantes do projeto.

#### **5. CONCLUSÃO**

Espera-se que esta proposta possibilite trazer uma redução da morbidade e redução das sequelas relacionada aos pacientes com hanseníase atendidos pela ESF I e melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Acredita-se que a própria equipe de saúde seja beneficiada pela melhoria no seu trabalho e na sua relação com os usuários e por facilitar o manejo dos casos mais complicados.

Uma das possíveis dificuldades inclui a disponibilidade de horário na agenda dos profissionais, mas será organizado um planejamento para adequação dos melhores horários com os mesmos.

Após a execução do projeto e análise dos resultados serão organizadas campanhas anuais de prevenção e diagnóstico da hanseníase no município, para garantir a continuidade do controle da doença no município.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2013 dez. 22]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União, 15 out 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica./ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia Prático sobre Hanseníase. Brasília, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 dez. 22]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ\\_CEO.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf)

BRASIL. Portaria MS/SVS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União; 09 jun. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Informe da Atenção Básica Nº 42. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Datasus. Secretaria Municipal de Saúde. **Epidemiologia**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Municipal de Saúde. HANSENÍASE: Datasus. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BRASIL. IBGE. Governo Federal. Dados estatísticos. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/institucional/o-ibge.html>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

CAETANO, R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). IN: BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: do Ministério da Saúde, 2009. 2 v.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016  
Gutemberg Santos de Sousa, Rodrigo Luis Ferreira da Silva, Marília Brasil Xavier. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 112, P. 230-242, JAN-MAR 2017.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. de. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - Part 1. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro , v. 89, n. 2, p. 205-218, mar./apr, 2014.

MUGUANDE, O. F.; FERRAZ, M. L.; FRANCA, E.; GONTIJO, E. D. Avaliação da qualidade do sistema de vigilância epidemiológica de doença de chagas aguda em Minas Gerais, 2005-2008. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 20, n.3, p.317-325, julset. 2011.Redação. (15 de novembro de 2016). Fonte: Portal Mandacaru: <http://www.portalmandacaru.com.br/noticia/3788/sao-joao-do-piaui-ocupa-1%C2%BA-lugar-no-ranking-de-casos-de-hanseniase-diz-datasus.html>< Acesso em :15 de out. 2018

SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 325-334, jul./set. 1997.

QUEIROZ MS, Puntel MAA. Endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2013; reducing disease burden. Weekly epidemiological record, Geneva, n. 36, p. 389-400, sep, 2014.