

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRÍCIA MOREIRA DE MEDEIROS

PLANO DE INTERVENÇÃO: IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS DE
COMBATE A HANSENÍASE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FERNANDO DIÓGENES, EM FORTALEZA- CE

FORTALEZA

2015

PATRÍCIA MOREIRA DE MEDEIROS

**PLANO DE INTERVENÇÃO: IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS DE
COMBATE A HANSENASE, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FERNANDO DIÓGENES, EM FORTALEZA- CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profº.Me. Bruno Souza Benevides

FORTALEZA

2015

PATRÍCIA MOREIRA DE MEDEIROS

**PLANO DE INTERVENÇÃO: DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE
HANSENIASE, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FERNANDO
DIÓGENES, EM FORTALEZA- CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 06/02/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., Me., Tânia de Araújo Barboza.
UFC

Prof^o.Me., Maria Elidiana Araújo Gomes.
UFC

Prof^o.,Me, Bruno Souza Benevides.
UFC

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará

M488i Medeiros, Patrícia Moreira.

Implantação de práticas de combate a hanseníase na Unidade Básica de Saúde da Família Fernando Diógenes, em Fortaleza-Ce / Patrícia Moreira Medeiros. – 2015.

20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof^o. Me. Bruno Souza Benevides.

1. Hanseníase. 2. Atenção Primária. 3. Fortaleza. I. Título.

CDD 616.5

RESUMO

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido na Unidade de Atenção Primária a Saúde Fernando César Vieira Diógenes, em Fortaleza/CE, sobre a hanseníase. Tem como objetivo reorganizar e acompanhar as ações de detecção e controle da hanseníase, na equipe de saúde, uma vez que há um elevado número de casos de acordo com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos indicadores e metas da unidade. A metodologia utilizada foi levantar os casos de hanseníase que houveram na área, será realizar capacitação com os membros da equipe de saúde, avaliar os casos dos contatos existentes na área de abrangência, realizar prática supervisionada com os técnicos em enfermagem e atividade educativa na comunidade. Espera-se que a reorganização do atendimento na unidade de saúde e a capacitação em serviço ampliem a detecção de novos casos de hanseníase na unidade, beneficiando a redução da transmissão da hanseníase e a prevalência oculta por meio da detecção ágil, que reduz o tempo de doença antes do diagnóstico.

Palavras-chave: Hanseníase. Atenção Primária. Fortaleza.

ABSTRACT

This study deals with an intervention project developed in Unit Primary Health Fernando Diogenes in Foraleza / CE on leprosy. Aims to reorganize and monitor the actions of detection and control of leprosy, the health team, since there was a shortfall in the quantity of cases in accordance with standards established by the Ministry of Health in the indicators and targets of the unit. The methodology used was to raise the leprosy cases that there were in the area, conducting training with members of the healthcare team, assess cases of existing contacts in the area of coverage, perform supervised practice with nursing technicians and educational activities in the community. It is expected that the reorganization of care at the health facility and training activities enhance the detection of new cases of leprosy were benefiting the reduction of transmission of leprosy and the hidden prevalence through agile detection, which reduces the time disease before diagnosis.

Keywords: Leprosy. Primary attention. Fortaleza.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 PROBLEMA	5
3 JUSTIFICATIVA	6
4 OBJETIVOS.....	7
4.1 Objetivo Geral	7
4.2 Objetivos Específicos	7
5 REVISÃO DE LITERATURA	8
5.1 Aspectos Epidemiológicos	8
5.2 Diagnóstico.....	9
5.3 Tratamento.....	10
5.4 Papel do SUS no combate à Hanseníase	11
7 CRONOGRAMA	15
9 RESULTADOS ESPERADOS	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

Apesar de clinicamente conhecida por hanseníase desde 1976 esta é uma doença das mais antigas que se têm registros. Causada pelo bacilo de Hansen o *Mycobacterium leprae* ainda é uma doença que muitos ignoram até mesmo por não saber o grau da seriedade das sequelas por ela causada. A hanseníase foi durante muito tempo incurável e mutiladora, forçando o isolamento dos pacientes por ser altamente contagiosa, porém hoje já se sabe que tem tratamento e cura. A ausência da busca de informação em relação a esta doença ainda é muito grande, pois as pessoas vêem-na com descaso e preconceito, uma vez que esta está relacionada à lepra causando de certa forma "um pânico" em descobrir-se contaminado.

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública, a despeito da redução drástica no número de casos - de 17 para cinco por 10 mil habitantes - no período de 1985 a 1999. Embora o impacto das ações, no âmbito dessa endemia, não ocorra em curto prazo, o Brasil reúne atualmente condições altamente favoráveis para a sua eliminação como problema de saúde pública, compromisso assumido pelo País em 1991 - a ser cumprido até 2005 - e que significava alcançar um coeficiente de prevalência de menos de um doente em cada 10 mil habitantes, o que infelizmente não foi atingido na realidade da nossa comunidade que apresenta aproximadamente 9 casos por 10 mil habitantes, dados produzidos pela própria equipe de saúde.

Diante da ampliação da oferta de tratamento nas unidades públicas de saúde e comprometendo-se com o fortalecimento da busca ativa de casos para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, além do aumento da capacidade de profissionais para realizar diagnósticos através de cursos oferecidos pelo próprio município, e ainda a inserção de um turno mensal na agenda dos profissionais médicos destinados ao programa da hanseníase, poderemos trabalhar para a eliminação da doença.

2 PROBLEMA

O número de casos de hanseníase persistentemente elevado na área adscrita à Unidade de Atenção Primária a Saúde Fernando Diógenes no município de Fortaleza.

A área atualmente é composta por 6846 pessoas, 1225 famílias, apresentando quatro casos de hanseníase em tratamento. O número de contactantes não está sendo averiguado efetivamente e o índice de absenteísmo daqueles que são convocados a comparecer à unidade é muito elevado.

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente, a unidade de saúde assiste a aproximadamente 35 mil pessoas, e no momento há 20 casos de hanseníase em tratamento, a área da qual faço parte é composta por 6846 pessoas e 1225 famílias. O número de casos de hanseníase em tratamento são quatro. Há dificuldade em se localizar os contatos e aqueles que são convidados a comparecer à unidade muitas vezes não se fazem presentes pela falta de orientação sobre a importância da investigação, por medo de ser portador de uma doença tão estigmatizada ou até mesmo pela dificuldade de locomoção de alguns.

A priorização do plano de intervenção para o combate a Hanseníase na Unidade de Saúde Fernando Diógenes no município de Fortaleza foi realizada através da importância do elevado número de casos na área, associada a critério de capacidade de enfrentamento pela equipe e urgência de resolução.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir o coeficiente de prevalência de casos de Hanseníase da área adscrita à Unidade de Atenção Primária a Saúde Fernando Diógenes do município de Fortaleza-CE.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oferecer cursos de capacitação na área aos profissionais de saúde

Realizar palestras para os agentes comunitários de saúde (ACS) afim de esclarecer dúvidas sobre a doença

A realização de atividades educativas voltadas para a comunidade

Realizar busca ativa de casos suspeitos e contatos intradomiciliares através dos ACS

Inserir na agenda dos profissionais médicos da unidade um dia de atendimento mensal destinado para o programa da Hanseníase

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos Epidemiológicos

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. O alto potencial incapacitante da Hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium Leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico (OPROMOLLA, 2000).

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

Visando à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde tem como meta alcançar taxa de prevalência de menos de 1 caso/10.000 habitantes, estimulando o diagnóstico e tratamento dos casos e reduzindo a disseminação da doença. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi designado para acompanhar o cumprimento dessa meta (BRASIL, 2010).

Quem pensa que a hanseníase é uma doença do passado se engana. Mesmo sendo muito antiga, ela ainda se propaga em Fortaleza facilmente, em especial, nas regiões onde existe indício. Preocupante é saber também que, além disso, a Capital possui áreas endêmicas da doença (ALENCAR, et al., 2008).

As atenções em torno do tema aqui são tantas que o Ministério da Saúde estabeleceu Fortaleza como um dos municípios prioritários para o controle da doença. Para se ter ideia da gravidade do problema, são diagnosticados, em média, 800 novos casos por ano na Capital. E é que o índice de realização de exames ainda é considerado baixo pelos órgãos competentes. Vale ressaltar que Fortaleza registra endemia nos bairros de responsabilidade da Secretaria Executiva Regional (SER) V (ALENCAR, et al., 2008).

Observando a situação epidemiológica da hanseníase, notamos que 6,4% dos casos novos do Brasil estão no estado do Ceará, ocupando o 10º lugar em coeficiente de detecção geral, em relação aos outros 27 estados, 93% dos municípios notificaram casos novos nos últimos 3 anos, destes 57% foram identificados como multibacilares (MB); cerca de apenas 51% dos contatos foram examinados, havendo uma tendência crescente da endemia hanseníase

no período de 2001 a 2007 de aproximadamente 7%, aumento nos coeficiente de detecção em menores de 15 anos na série histórica de 2001 a 2008 de 8,6% (FAÇANHA, et al., 2006).

As principais regiões de importância epidemiológica do Estado são compostas de 21 municípios (11,4%) dos 184 municípios do Estado, respondendo pela carga da doença em 51% e foram selecionados pelo Ministério da Saúde(MS) em 2008 como prioritários para intervenção:

- Brejo Santo, Canindé, Caucaia, Crato, Fortaleza, Iguatú, Itaitinga, Jaguaribe, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Maracanaú, Maranguape, Missão Velha, Pacatuba, Paracuru, Pentecoste, Quixeramobim, Santana do Acaraú, São Gonçalo do Amarante, Sobral e Várzea Alegre.

5.2 Diagnóstico

A suspeita de hanseníase se baseia na presença de um ou mais sinais ou sintomas relacionados abaixo:

- Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo;
- Área de pele seca e com falta de suor;
- Área da pele com queda de pêlos, mais especificamente nas sobrancelhas;
- Área da pele com perda ou ausência de sensibilidade;
- Sensação de formigamento ou diminuição da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato. A pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas e inchaços de mãos e pés;
- Nódulos(caroços) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2010).

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).

5.3 Tratamento

O tratamento para hanseníase é gratuito e oferecido na rede básica de saúde do SUS, através da poliquimioterapia (PQT), que é o tratamento oficial indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Deve ser administrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima a residência do paciente. O esquema de tratamento depende da forma clínica da doença (paucibacilar ou multibacilar), da idade da pessoa com hanseníase e da sua tolerância ao medicamento (BRASIL, 2010).

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional. Esquema terapêutico para casos Paucibacilares são de 6 cartelas. 1. Adulto: Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada. 2. Criança: Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada. Duração: 6 doses (BRASIL, 2010).

O seguimento dos casos paucibacilares visa o comparecimento mensal para dose supervisionada sendo que o critério de alta estabelecido pelo tratamento e que estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura (BRASIL, 2010).

Esquema terapêutico para casos Multibacilares são de 12 cartelas. 1. Adulto: Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.

2.Criança:Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados com duração de 12 doses (BRASIL, 2010).

O Seguimento dos casos multibacilares é comparecimento mensal para dose supervisionada com o Critério de alta baseado no tratamento e estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, a avaliações neurológicas simplificadas e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso (BRASIL, 2010).

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).

5.4 Papel do SUS no combate à Hanseníase

A Hanseníase está inserida entre as prioridades do Pacto pela Vida. A assistência integral à pessoa com hanseníase requer a organização da equipe multidisciplinar da rede pública de serviço do SUS, da Atenção Básica, da Média e Alta Complexidade (CORREIA et al., 2010).

No entanto, persistem obstáculos importantes ao efetivo controle da hanseníase no município, como a baixa cobertura de unidades com atividades de diagnóstico e tratamento, o pouco conhecimento da comunidade e profissionais de saúde sobre hanseníase e a falta de motivação da população para procurar os serviços, principalmente com sinais iniciais da doença. O estigma associado à hanseníase, identificado mesmo entre profissionais de saúde, ainda representa um desafio ao desenvolvimento pleno das ações de controle desse agravo (CORREIA et al., 2010).

O modelo de intervenção proposto pelo Ministério da Saúde para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, no tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até

a alta por cura, na prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos intradomiciliares. A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso e com os princípios de equidade e integralidade. Dessa forma, as ações de controle devem estar implantadas em todas as unidades de atenção primária do SUS, para que toda a população tenha acesso a elas. A atenção integral ao portador de hanseníase deverá ser garantida através de uma rede horizontal integrada, conformada por pontos de atenção de diversas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre elas. Aspectos fundamentais dessa atenção dizem respeito à educação em hanseníase, à qualidade do acolhimento do usuário e ao desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde (CORREIA et al., 2010).

As linhas de cuidado aqui apresentadas estão de acordo com as diretrizes atuais propostas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Visam subsidiar a organização dos serviços, a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, a melhoria da qualidade do atendimento e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. Elas devem orientar os profissionais quanto à gestão clínica, conforme a complexidade de cada ponto de atenção (CORREIA et al., 2010).

6 METODOLOGIA

O presente estudo será realizado na Unidade de Saúde Fernando Diógenes, tendo sido inaugurada em 2004, situada na rua Teodoro de Castro, bairro Granja Portugal, número 1187, localidade caracterizada pela presença de favelas e ocupações, onde usuários de drogas, violência e áreas de inundação são os grandes problemas da área.

Trata-se de um estudo de intervenção mediante desenvolvimento de atividades de promoção e assistência.

Na ação 1, levantar os casos de hanseníase que houveram na área, caberá aos agentes comunitários de saúde fazer o levantamento das pessoas que já tiveram hanseníase e seus contatos domiciliares. Este levantamento poderá ser feito a partir da pasta arquivo da unidade para os casos relatados nos anos anteriores até 2015 e dados provenientes da base de informação da Secretaria Municipal de Saúde. Esta pasta arquivo ficará sob a responsabilidade da enfermeira da unidade de saúde.

Na ação 2, realizar capacitação com os médicos e enfermeiros da unidade, a capacitação dos médicos e enfermeiros será realizada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que já tem uma proposta de capacitação para essa temática. Os profissionais serão liberados por um período de uma semana para a capacitação. A mesma deverá ser teórico-prática, para que os profissionais não só compreendem melhor a doença, mas também saibam atuar adequadamente em relação à mesma.

Para a ação 3, realizar a capacitação com os agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem será feito com aulas expositivas com data show, dinâmicas e levantamento de problemas e com as possíveis soluções levantadas no momento da atividade. Os profissionais técnicos de enfermagem serão liberados por 12 horas e os agentes comunitários por 12 horas; a avaliação poderá ser feita através do levantamento dos problemas e solução abordados durante o curso que comprovará se houve assimilação do conteúdo e sua importância no serviço.

Para a ação 4, serão avaliados os casos dos contatos existentes na área de abrangência por meio de exame físico e consultas médicas e de enfermagem mensais aos casos encaminhados pelos ACS. O agendamento será padronizado de acordo com a agenda dos profissionais marcados pelos recepcionistas da unidade ou se houver vaga na data da procura do atendimento. Será avaliado o resultado com o achado de casos nos pacientes examinados.

Para a ação 5, será realizada a prática supervisionada com os técnicos em enfermagem sob a orientação da enfermeira, no momento da tomada supervisionada da medicação, na consulta de enfermagem. Espera-se que com essa ação, os técnicos se tornem aptos para realizar a supervisão da tomada da medicação e seguimento na ausência do profissional enfermeiro.

Para a ação 6, será realizada atividade educativa na comunidade, com a utilização de folders informativos. Também serão utilizadas rodas de conversa na sala de espera e atividades com o grupo do bolsa família, nas datas alusivas ao Dia da Hanseníase, com uma projeção de encontros mensais com grupos distintos que serão englobadas no cronograma de atividades da unidade. A avaliação poderá ser levantada com perguntas feitas pela comunidade e dúvidas apresentadas durante as atividades.

7 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES											
Atividades	Fev	Mar	Abri	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Ação 1	X	X									
Ação 2			X	X							
Ação 3					X	X					
Ação 4						X	X	X	X	X	X
Ação 5						X	X	X	X	X	X
Ação 6						X	X	X	X	X	X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Tornam-se necessários recursos organizacionais no que tange a agenda dos profissionais médicos e ao trabalho dos ACS, recursos financeiros para investimento na capacitação dos profissionais, exames e medicamentos.

Planilha com o nome das pessoas que tiveram hanseníase e os seus contatos, aula expositiva com data show e prática nas áreas em que há concentração de casos, aulas expositivas com data show, dinâmicas e levantamento de problemas e solução, exame físico e consulta médica e de enfermagem e casos encaminhados pelos ACS, orientação no momento da tomada supervisionada da medicação, e folders informativos para comunidade nas ações.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Casos levantados na sua totalidade, capacitação dos profissionais realizada nos meses previstos pela Secretaria de Saúde do município, 100% dos ACS da área capacitados, e 100% dos técnicos em enfermagem da unidade, contatos avaliados e detectados, técnicos aptos para realizar a supervisão da tomada da medicação, comunidade beneficiada com ações educativas e informações, e por fim como consequência do trabalho redução no número de casos de hanseníase na área adscrita à unidade acima referida.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Carlos Henrique Moraes de et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, p. 694-700, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica par ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. 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 República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos : direitos e deveres dos usuários do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 72 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos : direitos e deveres dos usuários do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CARRASCO MAP, PEDRAZZANI ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. **Rev Esc Enferm USP**, agosto de 1993; 27(2): 124-8.

CORREIA, A.D S. et.al. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**, vol 1. Campo Grande, MS: Ed.UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.

_____. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**, vol 2. Campo Grande, MS: Ed.UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010.

FAÇANHA, Mônica Cardoso et al. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza–Ceará, Brasil Leprosy: underreported cases in Fortaleza–Ceará, Brazil. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 4, p. 329-33, 2006.

MATOS DM, FORNAZARLI SK. **A lepra no Brasil: representações de poder**. Cad Ética Filosofia Política, 2005; 6(1): 45-57.

OPROMOLLA, D.V.A, BACCARELLI, R. **Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase**, Bauru :Instituto Lauro de Souza Lima, 2003.

OPROMOLLA D.V.A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

Organização Mundial de Saúde. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Plano 2006-2010**. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 2005.

FELICIANO, K.V.O., KOVACS, M.H. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. Em: Rev Panam Salud Publica/Pan Am/ Public Health 1(2),1997
GIORDAN, A. Heath Education, Recent and Future Trends. Em: Mem. Inst. Oswaldo Cruz v.95 s.1:53-58, Rio de Janeiro, 2000.