

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO – ESPPE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES**

Marília Valdice Martins Moura

**Caracterização do perfil epidemiológico da Hanseníase e a Descrição
do Processo de Trabalho no Combate à doença no Município de
Afogados da Ingazeira**

Afogados da Ingazeira

2017

Marília Valdice Martins Moura

**Caracterização do perfil epidemiológico da Hanseníase e a Descrição
do Processo de Trabalho no Combate à doença no Município de
Afogados da Ingazeira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em saúde Coletiva.

Orientação:

Prof^a Msc. Patrícia Michelly Santos Lima

Co-orientação:

Esp. Alessandra Tadéia Tenório Noé.

Afogados da Ingazeira

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma oportunidade de amadurecimento, assim como a todos que direta ou indiretamente me apoiaram no cumprimento desta tarefa;

Agradeço a ESPPE por insistentemente adentrar o interior de Pernambuco e proporcionar tão grandiosa oportunidade dentro do Sistema Único de Saúde, este feito fez-se não somente orientador de conhecimentos técnicos, mas também, ampliador de horizonte sobre aspectos humanos;

Agradeço a X GERES e sua equipe maravilhosa que foi extremamente parceira no decorrer de todo aprendizado;

Agradeço aos demais residentes, OCP e Tutor, por todo apoio, paciência e companheirismo nesses dois anos e por fim, por formarmos uma equipe tão coesa e tão disposta ao desenvolvimento dos trabalhos.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica e curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual possui alto poder infectante e baixo poder patogênico. Atualmente, o Brasil é o segundo país no mundo em números absoluto de casos de hanseníase. Em virtude da alta prevalência no país, o objetivo do estudo foi descrever como está organizada a rede de atenção à saúde para os pacientes de hanseníase no Município de Afogados da Ingazeira, com o intuito de gerar dados que possam subsidiar ações que atendam as estratégias de combate e erradicação da doença. Para tanto, utilizou-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do SINAN onde observou-se o perfil epidemiológico da doença no município, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2015. Ainda neste estudo, observou-se o processo de trabalho dos profissionais enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF) e o Coordenador de Vigilância epidemiológica do município utilizando-se para tanto a aplicação de instrumento de pesquisa. O município apresentou 63 casos notificados da doença. Em relação à distribuição houve o predomínio dos casos na área urbana, do sexo feminino, na faixa etária de 30 - 49 anos, no quesito raça/cor parda com escolaridade de 1º grau incompleto. Foi observado a presença de todas as formas clínicas (dimorfa, indeterminada, tuberculóide e virchowiana), predominando o Grau de Incapacidade zero. O acesso desse paciente ao programa deu-se através de encaminhamento e demanda espontânea e teve como tipo de saída, na sua grande maioria, alta por cura em tempo oportuno. Com relação ao processo de trabalho observou-se que o município tem o total de 37.258 pessoas cadastradas em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebem o atendimento de 14 Equipes de Saúde da Família, todas com quadro completo de profissionais, que segundo o plano municipal de saúde atende 100% da população. A Rede de cuidado da hanseníase no município de Afogados da Ingazeira, conta com uma estrutura favorável ao desenvolvimento das ações de combate a Hanseníase no tocante ao espaço físico, quantitativo de profissionais e equipamentos, todavia, as ações que vêm sendo executadas ao longo desses 10 anos, não demonstraram impacto direto na prevenção de casos novos. Há necessidade de ampliação das campanhas e que estas não se restrinjam apenas as escolas ou ao salão da UBS, numa ação pontual, mas que possa ser inserida na rotina do serviço, tendo todos os profissionais da equipe sensibilizados e capacitados para identificar a doença.

Palavras-chave: *Hanseníase; Perfil epidemiológico; Processo de trabalho.*

ABSTRACT

Leprosy is an infectious and contagious disease of chronic and curable evolution caused by *Mycobacterium leprae*, which has high infective power and low pathogenic power. Currently, Brazil is the second country in the world in absolute numbers of leprosy cases. Due to the high prevalence in the country, the objective of the study was to describe how the health care network for the leprosy patients in the city of Afogados da Ingazeira is organized, with the purpose of generating data that can support actions that meet the strategies of combat and eradicate the disease. For this purpose, a descriptive study with a quantitative approach was used, using secondary data from the SINAN, where the epidemiological profile of the disease was observed in the municipality, from January 2006 to December 2015. Also in this study, the process of the nurses of the Family Health Teams (ESF) and the Coordinator of Epidemiological Surveillance of the city using the research instrument application. The municipality presented 63 reported cases of the disease. Regarding the distribution, there was a predominance of cases in the urban area, female, in the age group of 30 - 49 years old, in the breed / color category with incomplete elementary school education. The presence of all clinical forms (dimorphic, indeterminate, tuberculoid and Virchowian) was observed, with a predominance of the Degree of Invalidity. The patient's access to the program was through referral and spontaneous demand and had as an exit type, in the great majority, high for cure in a timely manner. Regarding the work process, it was observed that the municipality has a total of 37,258 people registered in its Basic Health Units (UBS) that receive the care of 14 Family Health Teams, all with a full professional staff, which according to the municipal health plan serves 100% of the population. The Leprosy Care Network in the city of Afogados da Ingazeira has a favorable structure for the development of actions to combat leprosy in terms of the physical and quantitative space of professionals and equipment, however, the actions that have been carried out during these 10 years, have not shown direct impact on the prevention of new cases. Campaigns need to be expanded and not only restricted to the UBS schools or to the UBS salon, in a one-off action, but that can be inserted from the routine of the service, with all team professionals sensitized and trained to identify the disease.

Keywords: Leprosy; Epidemiological profile; Work process

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 GERAL	10
3.2. ESPECÍFICOS	10
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
4.1. REDE DE CUIDADO DA HANSENÍASE	10
4.2. DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO	13
5 METODOLOGIA	14
5.1 TIPO DE ESTUDO	14
5.2. LOCAL DO ESTUDO	14
5.3. POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO	14
5.4. COLETA DE DADOS	15
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	15
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6.2.1 ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS	24
6.2.2 ENTREVISTA COM O COORD. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	30
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	39

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. (BRASIL, 2016).

Está associada a desigualdades sociais, afetando principalmente as regiões mais carentes do mundo, a doença é transmitida através das vias aéreas (secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro) de pacientes considerados bacilíferos, ou seja, sem tratamento. O paciente que está sendo tratado deixa de transmitir a doença, cujo período de incubação pode levar de três a cinco anos. A maioria das pessoas que entram em contato com estes bacilos não desenvolve a enfermidade. (SALES et al, 2013).

As características epidemiológicas da hanseníase tem sido objeto de numerosos estudos nas ultimas três décadas, visando a compreensão dos fatores que contribuem para manutenção da endemia e o estabelecimento de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública.(GOMES, 2005).A estratégia adotada pelos países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1991, que a hanseníase deixaria de ser um problema de saúde pública naqueles países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a 1 caso para cada 10 mil habitantes (WHO, 2005). E de fato, a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública foi alcançada em 2000 em escala mundial e até 2005 na maioria dos países. Porém o alcance da eliminação subnacional em jurisdições com uma população considerável continua a ser um marco importante. (WHO, 2016).

As estratégias de eliminação da doença foram primordiais para orientação das ações e alcance da redução da taxa de prevalência em muitos países; foram elas, segundo a OMS (2016):

“A Estratégia De Esforço Final Para A Eliminação Da Hanseníase (2000-2005) se concentrou na PQT e na detecção passiva de casos. A Estratégia Global Para Aliviar A Carga Da Hanseníase E Manter As Atividades De Controle Da Hanseníase (2006-2010) consolidou os princípios de detecção oportuna e quimioterapia efetiva no contexto de serviços integrados de combate à hanseníase. A Estratégia Global Aprimorada Para Redução Adicional Da Carga Da Hanseníase (2011-2015) aperfeiçoou ações

conjuntas e aprimorou esforços globais para abordar os desafios enfrentados no controle da hanseníase com uma ênfase na detecção precoce para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase.”

Para Arantes (2010), apesar de todos os esforços que as estratégias lançaram a meta de eliminação para o país ainda não foi atingida. Dentre os fatores que impediram alcançar a meta está à permanência de casos não diagnosticados e a prevalência oculta, responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população.

Por este motivo Brasil ainda é considerado o país com maior prioridade para o controle da doença na América Latina. No ano de 2012, o Brasil concentrou 92% dos casos do continente americano, com prevalência de 1,51 casos por 10 mil habitantes e detecção de 17,17 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

A Atual Estratégia Global Para Hanseníase 2016-2020, *Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase*, mesmo se baseando nas estratégias quinquenais anteriores, cujos princípios se debruçam sobre o início da ação, garantia da prestação de contas e promoção da inclusividade, ainda assim é considerada inovadora por propiciar um componente médico sólido, maior visibilidade e redução de estigmas, um dos principais aspectos sociais que afetam o controle da doença. (OMS, 2016)

A atenção integral ao portador de hanseníase deve ser garantida através de uma rede horizontal integrada, formada 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. (Rio de Janeiro, 2010)

Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo. (BRASIL, 2017)

No estado de Pernambuco, a Região Metropolitana do Recife concentra 62% dos casos de hanseníase do Estado e dos casos novos, 4% já apresentam algum tipo de incapacidade em consequência da doença. Nos últimos anos, a tendência da doença se mantém estável no Estado. Foram diagnosticados 2.722 casos em 2011. Contudo nos anos de 2012 e 2013 houve um decréscimo, sendo detectados 2.591 e 2.602 casos,

respectivamente. Nos anos de 2014 e 2015, a média se manteve e foram diagnosticados 2.570 e 2.384 casos. Já em 2016, foram apenas 1.843 novos casos (SES- PE, 2017)

Em de Afogados da Ingazeira, município pertencente a X Regional de Saúde do Estado, local de estudo deste trabalho, apresentou 3 casos da doença no ano de 2016, todavia somente no primeiro semestre de 2017 foram notificados outros 3 casos novos segundo pesquisa no SINAN. Este quantitativo detectado só reforça a necessidade que o município tem de garantir a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que tange à atenção básica, com ampliação da descentralização das ações como estratégia fundamental para se reduzir a carga da doença.

2. JUSTIFICATIVA

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo. (BRASIL, 2010).

A estratégia para redução da carga em hanseníase para alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional baseava-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. (BRASIL, 2012). Todavia, segundo a OMS (2016), a ausência de novas ferramentas de diagnósticos e novos medicamentos, o conhecimento limitado sobre áreas estratégicas com respeito à transmissão e as ferramentas insatisfatórias para manejo das complicações prejudicam o controle da hanseníase.

Há uma necessidade iminente de identificar falhas e organizar ações eficazes e efetivas que venham a contribuir para o alcance da prevalência de menos de 1 caso da doença a cada 10.000 habitantes, tendo em vista que a cada quatro anos uma nova estratégia para eliminação da doença é lançada, e ainda assim para alguns países como o Brasil, a doença ainda persiste.

Neste sentido, o presente estudo se propõe descrever como está organizada a rede de atenção à saúde para os pacientes de hanseníase no Município de Afogados da Ingazeira, com o intuito de gerar dados que possam subsidiar ações que atendam as estratégias de combate e erradicação da doença.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Delinear a rede de cuidado da hanseníase no município de Afogados da Ingazeira no estado de Pernambuco.

3.2 Específicos

- Traçar o perfil epidemiológico dos casos de hanseníase no município
- Descrever as atividades do profissional responsável pelo programa de controle hanseníase
- Identificar a como se dá a efetividade do processo de trabalho na rede de atenção primária;
- Verificar a existência de educação continuada para os profissionais;

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Rede de cuidado da Hanseníase

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. (BRASIL, 2010)

O acolhimento do usuário é uma das condições determinantes na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral do portador de hanseníase permitirá logo no primeiro contato diminuir as barreiras do estigma, preconceito e sofrimento enfrentados pelos pacientes. No primeiro contato deverão ser discutidos detalhes da doença e o papel da equipe na sua visão técnica e humanitária. (BRASIL, 2007).

O tratamento da hanseníase é fundamental na estratégia de controle da doença como problema de saúde pública. Ele tem o objetivo de interromper a transmissão da doença, quebrando a cadeia epidemiológica, assim como também o de prevenir incapacidades físicas e promover a cura e a reabilitação física e social do doente. Dentre as diretrizes básicas que objetivam a redução da morbi-mortalidade por hanseníase no

âmbito do Sistema Único de Saúde, destaca-se a atenção integral ao portador de hanseníase, que deve ser garantida pela hierarquização de serviços e pelo cuidado em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2002)

Este tratamento deve ser oferecido:

“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.” (Rio de Janeiro, 2010)

O encaminhamento da pessoa com hanseníase para uma Unidade de Referência somente está indicado quando houver necessidade de cuidados especiais - no caso de intercorrências graves ou para correção cirúrgica. Nestes casos, após a realização do procedimento indicado, ela deve retornar para o acompanhamento rotineiro em sua unidade básica. (BRASIL, 2002)

É de fundamental importância a integração intersetorial, no momento em que a Atenção Primária executa os serviços de saúde ao paciente, cabe a Vigilância Epidemiológica da hanseníase, realizar ações que alcancem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da hanseníase. Bem como divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral. (BRASIL, 2001). Segundo Moreira (2002), a não compreensão de que a hanseníase deva estar integrada a todo o conjunto de ações básicas de saúde e não exclusivamente a equipe de saúde da família, resulta em uma baixa cobertura de unidades de saúde com programa implantado, inviabilizando o acesso da população a este tipo de assistência.

Desta forma se estabelece uma rede de atenção voltada para o cuidado a esta enfermidade que segundo a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) reafirma o fato quando diz que:

“ Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.”

Para Leocádio (2010), uma Linha de Cuidado mostra o caminho das pessoas na rede de saúde para ter suas necessidades atendidas. Esse caminho inclui pontos de atenção externos ao sistema de saúde, mas necessários ao atendimento integral e seguro.

No Município em estudo observa-se que a linha de cuidado se baseia no que determina o Ministério da Saúde em acolher o paciente na Atenção Primária e oferecer-lhe tratamento integral e igualitário, mas não está aplicada de modo equivalente a todas as equipes de saúde do território. Àquelas que apresentam casos, tendem a ter um maior empenho no desenvolvimento de atividades preventivas e se utilizam de todos os equipamentos necessários disponibilizados na rede de atenção saúde que segundo o Plano Municipal de Saúde de 2014 são os seguintes equipamentos:

“No território municipal encontram-se os seguintes estabelecimentos (SUS): um Hospital Regional (HREC – Hospital Regional Emília Câmara), este responsável por atender a todos os municípios que compõem a X Gerência Regional de Saúde, um Instituto para atender aos funcionários servidores do estado – IPSEP, uma UPA E – unidade de Pronto Atendimento Especializado a ser inaugurada no primeiro trimestre do ano em curso, um Central de Regulação Regional, CTA/SAE – Centro de Testagem e Aconselhamento e um Serviço de Atendimento Especializado aos portadores do HIV e doentes com AIDS, um CEO – Centro Especializado em Odontologia tipo I, uma Policlínica de Especialidades – Drº Hermes Canto, uma Unidade Básica do SAMU (em fase de conclusão), um laboratório regional para realização de sorologias (Dengue, Hepatites Virais, Chagas e HIV), 14 UBS – Unidades de Saúde da Família sendo 09 na zona urbana e 05 na zona rural, 09 equipes de saúde bucal, 12 pontos de apoio na zona rural para UBS do território, uma equipe do NASF – Núcleo de Apoio a

Saúde da Família, um Polo de Academia da Saúde e uma Clínica de Fisioterapia. (AFOGADOS DA INGAZEIRA, 2014)

4.2 Dificuldades no processo da eliminação da Hanseníase

A forma como as pessoas vivem seus problemas no interior dos serviços implica o estabelecimento de canais de interação. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico. (ARAUJO, 2007)

No processo de trabalho em hanseníase, têm-se como objeto de trabalho os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes; e instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que é realização das ações de prevenção e controle da doença, preconizadas pelo Ministério da Saúde. (LANZA, 2011)

Apesar das práticas de saúde contemporâneas estarem passando por sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico como relata Ayres (2004), para o autor, recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil.

Algumas dificuldades no processo de trabalho para eliminação da Hanseníase no Brasil poderiam ser atribuídas, segundo Pinto Neto (2002) a fatores tais como a complexidade do diagnóstico da enfermidade para os ACS, que os leva a considerar que apenas especialistas devem lidar com a mesma. Neste aspecto, Batistella faz uma reflexão bastante apropriada para a designação de certas ações de saúde designadas a este profissional:

“A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento distintos daqueles habitualmente oferecidos na capacitação das equipes e, particularmente, dos

ACS...Antes de tudo, é preciso que se defina com clareza um referencial crítico de abordagem dos fenômenos a serem analisados, sob o risco de serem percebidos na sua superficialidade, o que, no mais das vezes, conduz a conclusões desesperançadas de culpabilização da população (no microcontexto) ou do Estado (no macrocontexto), gerando imobilismo e, no máximo, voluntarismo assistencialista.”

Para Saunderson (2005), não a penas a qualidade da capacitação dos profissionais, é uma dificuldade, mas principalmente a manutenção de um número apropriado desses profissionais de saúde capacitados e qualificados para desempenhar as ações de controle da hanseníase nos municípios de regiões endêmicas, na opinião desse autor, essa manutenção consistiria no principal pilar em prol do controle epidemiológico da doença e da sustentação das ações do programa na atenção primária à saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do SINAN e aplicado questionário estruturado sobre processo de trabalho.

5.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Afogados da Ingazeira, localizado no sertão do estado de Pernambuco, situado a 386 km de distância da capital, Recife. O município possui uma extensa faixa territorial de 377Km² a qual é caracterizada por uma extensão territorial de 57Km² como zona urbana e os 320 km² restantes como área rural. Afogados da Ingazeira está inserida na X Regional de Saúde onde é caracterizada como sede de regional de saúde, que é composta por dose municípios; Afogados da Ingazeira (Sede), Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama.(AFOGADOS DA INGAZEIRA, 2014)

5.3 População e Período de estudo

Para elaboração do perfil epidemiológico, foram considerados os casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2006 a 2015 o qual representa uma série histórica em que foram vigentes duas

estratégias globais de combate à doença, o que torna relevante o período para se observar o quão efetivas foram ou não às ações de combate à doença no município.

Para estudo do processo de trabalho com relação à doença, foi aplicado o instrumento de pesquisa com cada profissional enfermeiro das 14 Equipes de Saúde da Família (ESF) e o Coordenador de Vigilância epidemiológica do município, o qual é responsável pela gestão do programa.

5.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da X Regional de Saúde, utilizando as seguintes variáveis: nº de casos novos de hanseníase, sexo, faixa etária, grau de instrução, raça/cor, tipo de moradia, contatos examinados, modo de detecção, forma clínica, classificação operacional avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico e na cura, contatos examinados e tipo de saída.

Para complementar a matriz de dados, foi coletada informações obtidas por meio de instrumento aplicado aos profissionais responsáveis pelo Programa de Hanseníase e atendimento dos pacientes na USF. O instrumento aplicado trata-se de um questionário estruturado, desenvolvido e validado pela equipe de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, responsável pelo desenvolvimento da pesquisa, necessário à coleta de dados sobre o fluxo de laboratório, processo de trabalho de profissionais e gestores, existência ou não de rede de atenção secundária, além de verificar a existência de educação continuada (SILVA et al, 2017).

5.5 Considerações éticas

Este trabalho segue parcialmente metodologia orientada pelo trabalho desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado (SES-PE), cujo título é **Rede de Cuidado das Doenças Negligenciadas Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco**, submetido ao comitê de ética do Hospital Agamenon Magalhães e encontra-se inscrito no CAAE 69990417.0.0000.5197, que tem como objetivo geral de analisar a linha de cuidado das doenças negligenciadas tuberculose e/ou hanseníase no estado de Pernambuco. Para este trabalho, optou-se utilizar parcialmente a metodologia por se tratar de um estudo somente sobre linha de cuidado da Hanseníase em menor

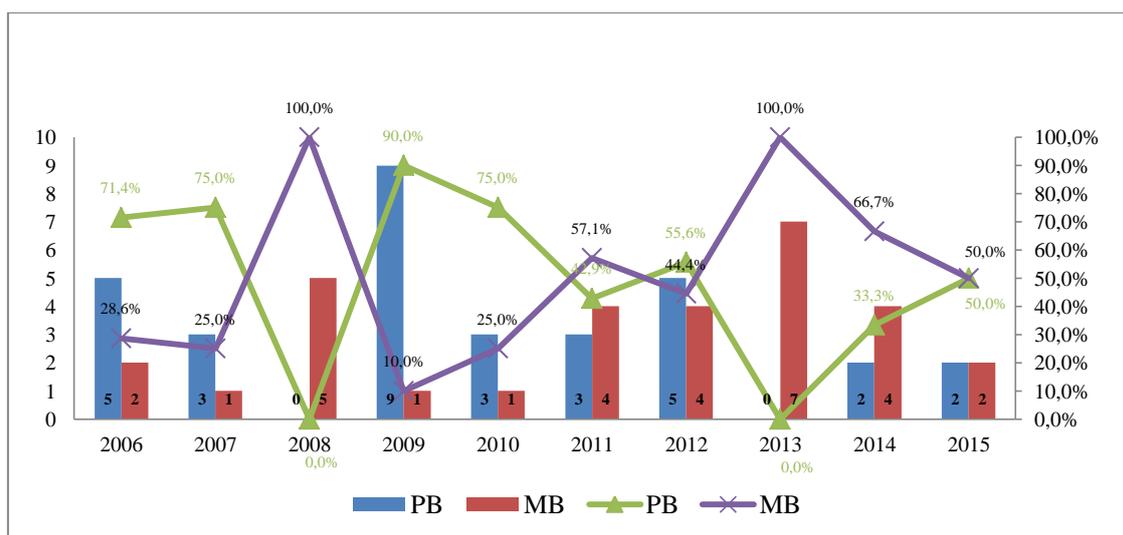
abrangência, utilizando somente o município de Afogados Ingazeira para coleta de dados e com algumas alterações nas variáveis de estudo, selecionando aquelas que melhor contemplam as especificidades do município.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Perfil Epidemiológico

No período de 2006-2015 foram notificados 63 casos de hanseníase no município de estudo, desses, 49,2% são da forma Paucibacilar (PB) e 50,8% da forma Multibacilar (MB). Na figura 1 pode-se observar que em todos os anos foram notificados casos da doença, observando que o maior número deles foi da forma operacional MB a forma mais grave da doença.

Figura 1 - Distribuição dos casos de hanseníase, notificados no período de 2006 a 2016, no município de Afogados da Ingazeira/PE.



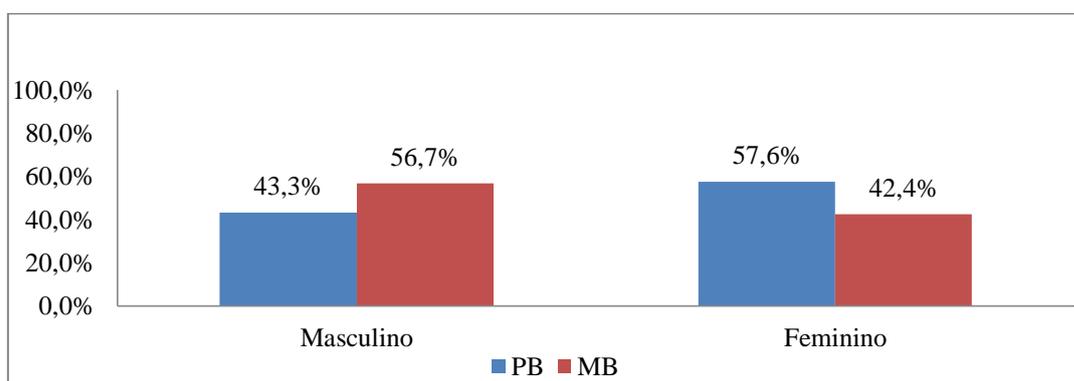
Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

A detecção precoce dos casos é recomendada pela OMS a fim de diminuir o tempo de tratamento e complicações da doença. Detectar a doença na sua forma mais grave que é a MB, significa dizer diagnóstico tardio, levando ao risco de desenvolver incapacidades físicas, perfeitamente evitáveis com o diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da doença. O diagnóstico tardio contribui ainda para a manutenção da cadeia de

transmissão, com o surgimento de novos casos da doença. Isto faz com que a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública. (RIO DE JANEIRO, 2010). A esta variação de casos ano a ano pode-se associar ineficiência na busca ativa de pacientes e pouco empenho nas ações educativas, todavia, para Mencaroni (2004) significa um aumento de prevalência oculta constituindo um iceberg epidemiológico da doença, mas que com as campanhas de eliminação da doença e a reorganização dos serviços de saúde do município esses casos começam a ser detectados.

A figura.2, mostra uma certa equivalência de casos entre os sexos todavia, a forma mais grave(MB) acomete maior número de homens.

Figura 2- Nº de casos novos de Hanseníase por sexo 2006 - 2015



Fonte: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

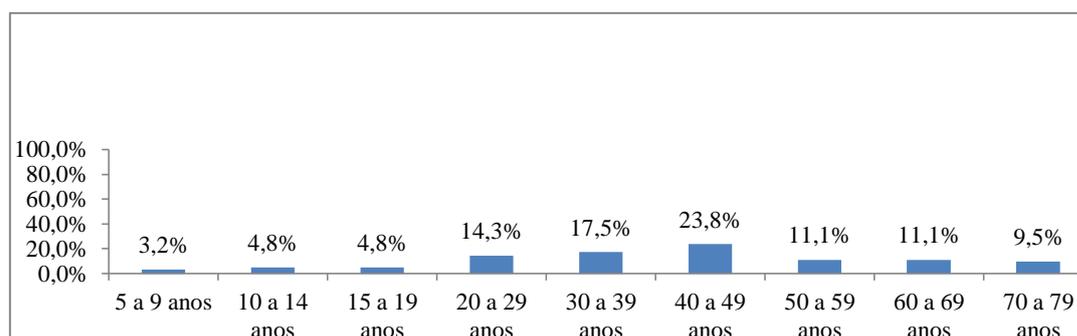
A caracterização da doença por sexo, segundo Ministério da Saúde (2018), permite indicar diferenças de acesso em termos da capacidade de alcance do programa e da capacidade da população em utilizar os serviços de saúde. Além disso, é possível identificar variações na carga de hanseníase entre os grupos populacionais e também discutir se estão ligadas a processos socioeconômicos, como a diferença de acesso e oportunidades.

A pesquisa revelou também que independente da forma operacional notificada, foi contabilizado um maior número de mulheres infectadas, indicando uma mudança de perfil, já que segundo Opramolla (1998), no Brasil são diagnosticados, proporcionalmente, 1,3 pacientes do gênero masculino para 1 do gênero feminino. Gomes et al (2005), relata que esta maior prevalência para o sexo masculino estaria associado ao fato homem ser o provedor do sustento da família, não disponibilizando de tempo para procurar os serviços de saúde cujos os horários de funcionamento dos

serviços de saúde não atendem às demandas, por coincidir com a carga horária de trabalho. Esta mudança de perfil pode ser considerada pontual, por se tratar de um estudo em um município apenas, mas não deixa de ser relevante o fato, pela questão do estigma, que segundo Oliveira (1998), em matéria de saúde, as mulheres e os homens apresentam diferenças significativas entre si não só em termos de necessidades específicas, mas também de acesso à proteção à saúde. Sabe-se que a doença pode ser um fator de desencadeamento de mudanças na estrutura da família, colocando a mulher, acometida pela hanseníase, em desvantagem pela duplicidade da discriminação que ela sofre, ou seja, ela é discriminada em função do gênero a que pertence e pelo fato de estar doente. Para Brasil (2018) as diferenças nas taxas de detecção entre homens e mulheres apontam para a necessidade de estratégias diferenciadas, que contemplem a diversidade do panorama da hanseníase no país.

Com relação à faixa etária foi observado que há casos notificados em todas elas, excetuando 80 anos e mais. De importante relevância também a observação dos casos que acometem menores 15 anos, cuja detecção demonstra a manutenção da cadeia de transmissão, inferindo que existe um adulto não tratado transmitindo a doença o que corrobora Daxbacher (2012), quando afirma que o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos é um indicador importante, pois expressa a força de transmissão da doença recente e tendência da endemia. O maior percentual das pessoas acometidas, estava em maior número entre a faixa etária de 30 a 49 anos, o que segundo Kaneko (1990), indica que a população economicamente ativa é a mais afetada pela hanseníase, o que pode prejudicar a economia do município, visto que essa faixa da população pode vir a desenvolver incapacidades, lesões, estados reacionais, afastar-se da atividade produtiva e gerar um custo social demasiado.

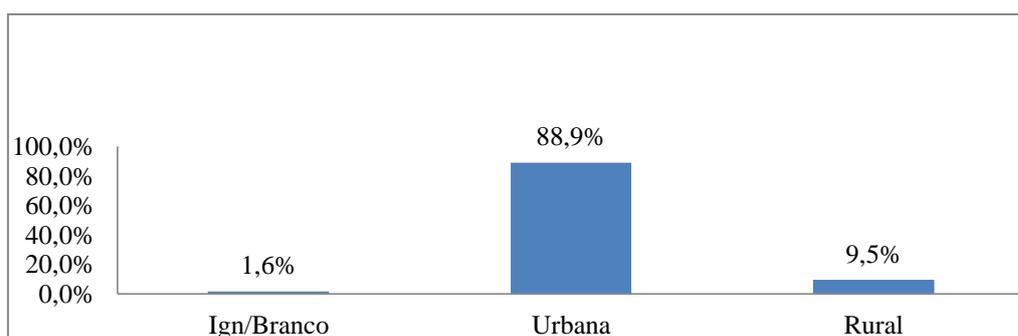
Figura 3 - Distribuição do número de casos novos de Hanseníase por faixa etária. Afogados da Ingazeira, 2006-2015



Fontes: SINAN. 2017. X GERES. Afogados da Ingazeira/PE

Com relação ao tipo de moradia, a maior incidência ocorre na zona urbana com 88,9% , o que fortalece o conceito da doença ocorrer em aglomerados urbanos, pois estes favorecem a transmissão da doença. Neste sentido, Sobrinho (2008) afirma que a Hanseníase acomete mais intensamente aquelas pessoas em condições sociais menos favorecidas, desprovidas de saneamento básico, com menor grau de escolaridade, alimentação deficiente, residente em casas aglomeradas, em condições precárias e aqueles com deficiência imunológica frente ao parasita.

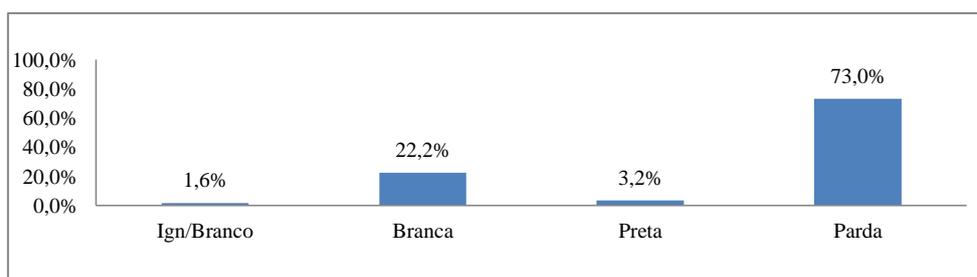
Figura 4- Distribuição do número de casos novos de Hanseníase por tipo de moradia. Afogados da Ingazeira, 2006-2015.



Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

A figura 5 revela que 73% dos casos se autodeclararam na raça/cor parda, 22,2% branca e 3,2% preta. No quesito Raça/cor No Brasil, os indicadores de saúde com base nessa variável, segundo MS (2017), revelam desigualdades sociais persistentes no país e destacam os grupos mais vulneráveis. A análise destes indicadores oferece ao poder público, informações que podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às diferentes necessidades da população, contribuindo assim para a promoção da igualdade e da equidade no acesso à atenção à saúde.

Figura 5 - Distribuição do número de casos novos de Hanseníase segundo raça/cor. Afogados da Ingazeira, 2006 – 2015.

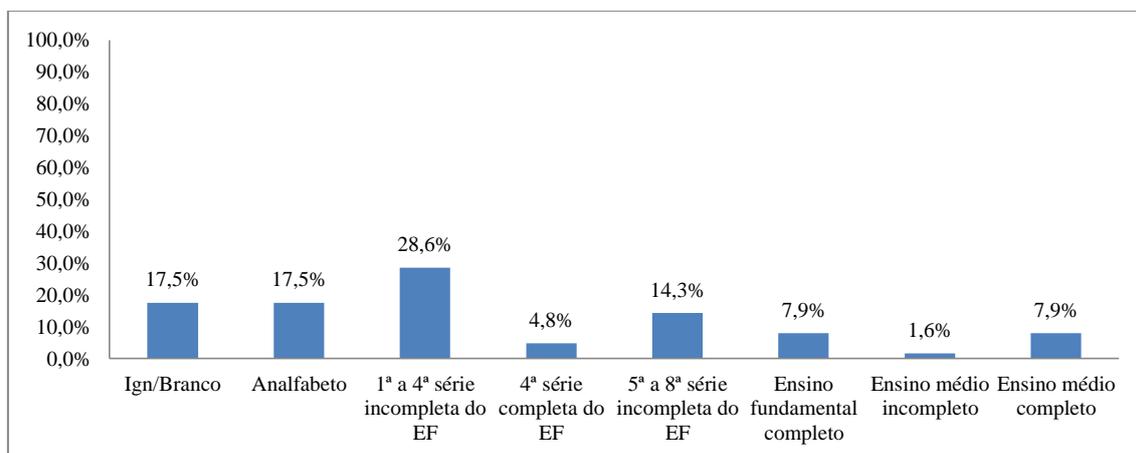


Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

Na figura 6. Observa-se que a doença acomete em maior número (28,6%) pessoas com escolaridade de 1ª a 4ª série, seguido de 17,5% de analfabetos e de 17,5% de ignorado/ branco. Não foram registrados casos em pessoas com educação superior completa.

Segundo SOUSA et al (2014), o fato de a doença ser mais frequente entre aqueles com menor escolaridade considerando esta variável como indicador de condições de vida, reforça também o caráter de negligência. A ocorrência da hanseníase em crianças, mesmo após introdução da poliquimioterapia no país nos anos 1991 , reafirma a manutenção de focos ativos de transmissão, com exposição precoce ao *Mycobacterium leprae*. Segundo Souza (2017), como possíveis explicações para essa situação inserem-se a dificuldade para o diagnóstico clínico, que se acentua nesse período da vida, o estigma relacionado à doença e a fragilidade do processo de promoção e educação em saúde nos territórios.

Figura 6: N° de casos novos de Hanseníase por escolaridade 2006-2015

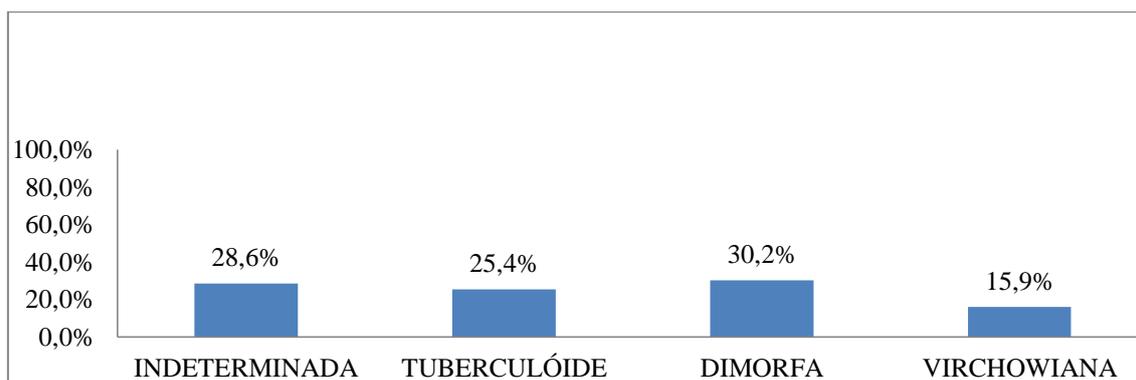


Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

Com relação à forma clínica em que os casos apresentam, observou-se a presença de todas as formas de classificação. A figura 7 apresenta a quantidade de cada uma das formas, sendo: 30,2% casos dimorfa, 28,6% casos indeterminada, 25,4% casos tuberculóide, 15,9% casos virchowiana. Para Fadel (2007), a hanseníase dimorfa é caracterizada por sua instabilidade imunológica, o que faz com que esta forma clínica oscile entre as manifestações da forma tuberculóide e Virchowiana. A forma clínica virchowiana é altamente contagiosa, mas a transmissão depende de exposição íntima e prolongada.

Para Opramolla (2000), as manifestações clínicas da hanseníase são muito variáveis e estão relacionadas com o grau de imunidade do paciente frente ao *Mycobacterium leprae*. Quanto a sua evolução, as manifestações clínicas podem desaparecer espontaneamente ou evoluir para as outras formas da doença, de acordo com as características imunológicas do paciente. Essas transformações levam em média 5 anos para ocorrer. Quanto mais precocemente for diagnosticada a hanseníase, menor será o grau de incapacidade.

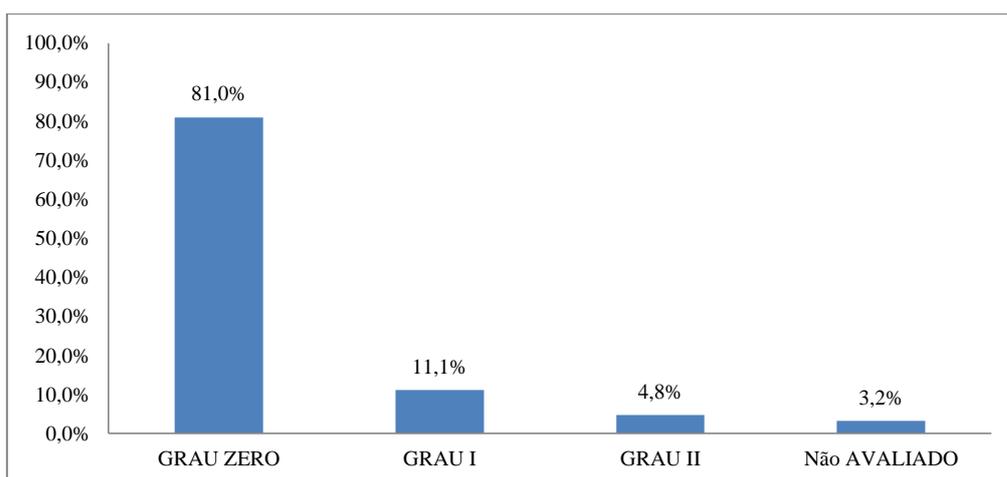
Figura 7: N° de casos novos de Hanseníase por forma clinica 2006-2015



Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

Na figura 8 pode-se observar que na classificação operacional da hanseníase que a maioria dos casos foi classificada com o grau de incapacidade zero (GIF0) apresentou 81% , seguido do grau I com 11,1% casos, grau II com 4,8% e 3,2% pacientes não foram avaliados. Para Simões (2005) o fato de o estudo apresentar maior percentual de pacientes com GIF0 pode não representar a realidade do paciente, mas também a qualificação do profissional para realizar esta avaliação. O diagnóstico tardio aumenta as possibilidades de incapacidades físicas, responsável por mutilações, perda de funcionalidades de membro e perdas de sensibilidades de áreas no corpo. É relevante ressaltar que as incapacidades físicas repercutem no psicológico do portador, levando a discriminação e auto-segregação. O GIF II também representa um marcador indireto de endemia oculta, permitindo estimar a prevalência mais próxima do cenário real da doença em um dado território. Essa análise torna-se importante no sentido de definir estratégias locais com bases mais realísticas. (SOUSA, et al ,2017)

Figura 8: N° de casos novos de Hanseníase por grau de incapacidade física (GIF)

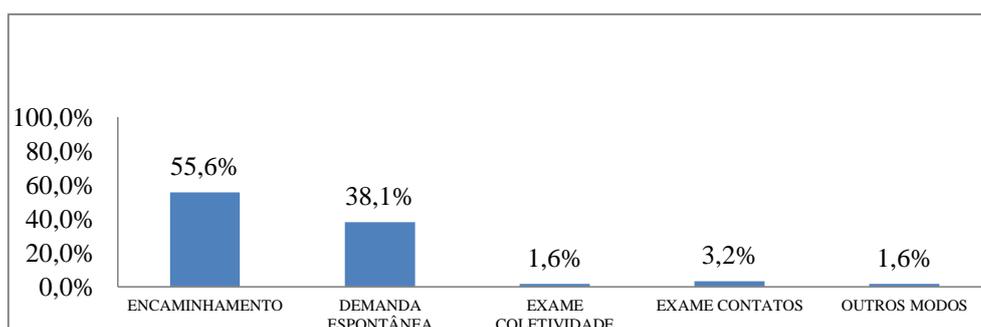


Fontes:

SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

O modo de detecção como mostra a figura 9 revela que a maioria dos casos foi detectada através de encaminhamentos (55,6%) e demanda espontânea (38,1%), ficando muito aquém do que seria preconizado pela OMS, a detecção por busca ativa representada em baixíssimo percentual dos detectados por exame de coletividade (1,6%) e exame de contatos (3,2%). O resultado dessa variável no município de estudo foi semelhante ao de Costa (2006) no estado da Paraíba, o qual relata que o modo de detecção predominante naquele Estado foi o encaminhamento seguido da demanda espontânea. Segundo tal estudo, a proporção de detecção através da demanda espontânea pode significar uma resposta da população às campanhas de esclarecimento sobre a hanseníase. A detecção, através do exame da coletividade e do exame de contatos, foi baixa, este dado pode inferir que as taxas de detecção poderiam ser elevadas caso fossem estabelecidas ações rotineiras de exame tanto da população em geral, quanto dos contatos dos pacientes.

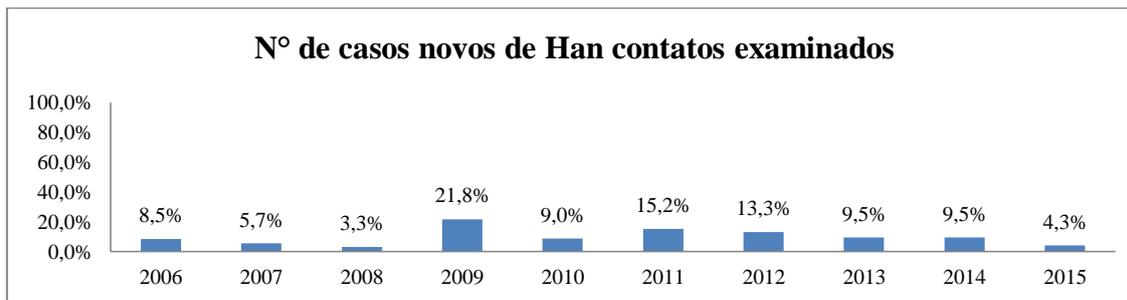
Figura 9: N° de casos novos de Hanseníase por modo de detecção



A Figura 10. Apresenta baixo percentual de exames de contato. Para Kaneko (1990), o conhecimento sobre o número de contatos intradomiciliares é importante no planejamento dos serviços de saúde voltados para esta doença, possibilitando um dimensionamento de casos novos. Pedrazzani (1998), apesar de considerar a importância dos contatos na cadeia epidemiológica da hanseníase, como sendo grupo de risco em adquirir a doença, acredita que as atividades relacionadas ao controle dos mesmos têm sido pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde, pois estes parecem privilegiar o espaço para controle da doença e do doente. Neste contexto, vale ressaltar o pensamento de Silva (2014), que sugere como estratégia a ser utilizada para a descoberta de casos precoce é a realização do exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares dos casos novos e nos últimos cinco anos, de casos multibacilares.

Também seria de grande relevância que não basta uma única avaliação, este acompanhamento dos contatos deveria ser ainda, por no mínimo 5 anos levando-se em consideração que este é o período mínimo para a doença manifestar os sintomas.

Figura 10: N° de casos novos de Hanseníase contatos examinados



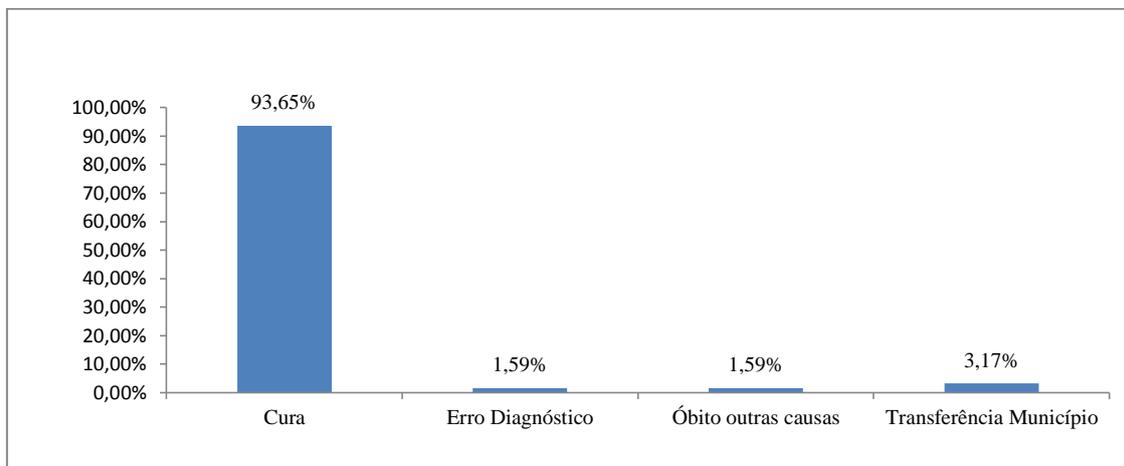
Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

A figura 11 mostra que dos 63 casos de Hanseníase, 93,65% deles, tanto PB quanto MB tiveram saída do SINAN por cura, 1,59% foi erro de diagnóstico, 1,59% foi óbito por outras causas e 3,17% foi transferência para outro município. Considera-se uma pessoa de alta por cura, segundo o Ministério da Saúde (2002), aquela que completa o esquema de tratamento PQT dentro de seus prazos estabelecidos de acordo com a forma operacional da doença: de 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina tomadas em até 9 meses para os casos paucibacilares e de 12 doses mensais de rifampicina tomadas em até 18 meses para os casos multibacilares.

Segundo a Portaria N° 3.125, De 7 De Outubro De 2010, o encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) além de ser estabelecido segundo os critérios de

regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema, ainda deve ser realizada avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta. (BRASIL, 2010)

Figura 11: Tipo de saída



Fontes: SINAN, 2017. X GERES, Afogados da Ingazeira/PE

6.2. Descrição do processo de trabalho

6.2.1 Entrevista com as enfermeiras:

O município tem o total de 37.258 pessoas cadastradas em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebem o atendimento de 14 Equipes de Saúde da Família (ESFs), todas elas com quadro completo de profissionais, composta pelo seguinte quantitativo de agentes comunitários de Saúde (ACS), sendo 8 ESFs com 6 ACSs e 6 ESFs com 7 ACSs, ressaltando que ainda existe 3 micro áreas descoberta desses profissionais, das quais apenas uma recebe atendimento da ESF . As equipes têm como gestoras, profissionais do sexo feminino, enfermeiras de formação e têm entre cinco meses e 14 anos de conclusão de curso, com idade entre 23 e 46 anos; 12 são pós-graduadas na modalidade de especialização e tem entre 2 meses e 7 anos de conclusão, 2 ainda estão cursando a pós-graduação. Essas profissionais trabalham em regime de 30h (zona rural) a 40 horas (zona urbana) semanais. O trabalho em equipe para (ARAUJO e ROCHA, 2007) tem como objetivo:

“... a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. A

abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.”

Com relação à estrutura física, na tabela 1 pode-se observar que esta, na grande maioria se enquadra às necessidades das ações, deixando a desejar em um número menor de UBS, os itens de: tamanho do consultório, espaço para reuniões de equipe e educativas com a população.

Tabela 1: Estrutura – O espaço Físico

Com relação a estrutura física, é satisfatório :	Sim	Não
Número de consultórios	14	-
Tamanho do consultório	10	4
Iluminação	14	-
Ventilação	13	1
Espaço para reuniões com a equipe	7	7
Espaço para reuniões educativas com a comunidade	8	6
Privacidade	14	-

Com relação a disponibilidades de impresso para atendimento dos casos de Hanseníase a tabela 2 mostra que apenas 2 UBSs não tem disponibilidade de dois itens (Livro de Registro do Paciente e Controle de Tratamento dos casos e Ficha de Investigação Diagnóstica dos casos de Hanseníase em menores de 15 anos) as demais têm todos os impressos disponíveis, excetuando-se o Formulário de Investigação de Caso Suspeito de Hanseníase (ACS).

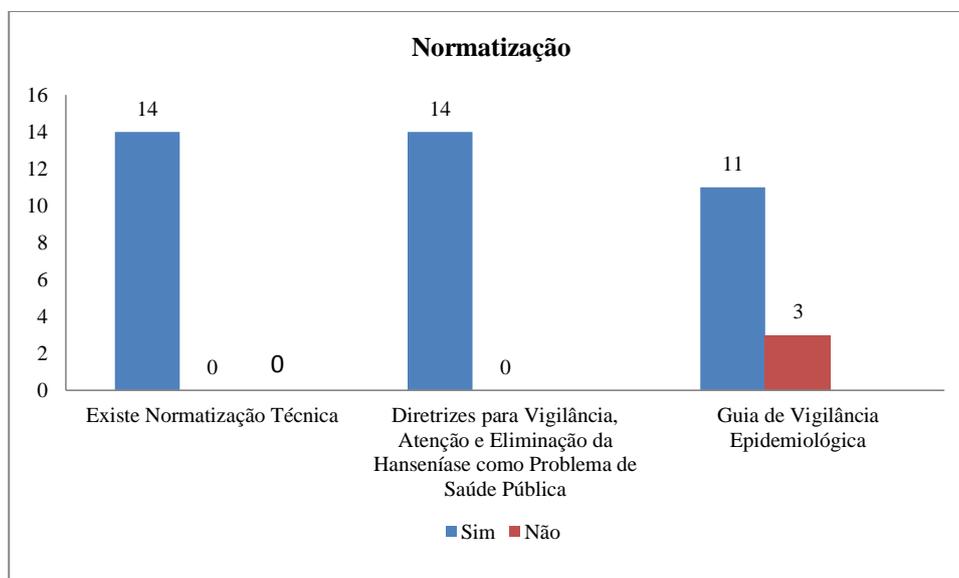
Tabela 2: Impressos Disponíveis em Quantidade Suficiente para o Atendimento dos Pacientes

Impressos Disponíveis em Quantidade Suficiente para o Atendimento dos Pacientes	Sempre	Não
Ficha de Notificação	14	0
Livro de Registro do Paciente e Controle de Tratamento dos casos	13	1
Ficha de Investigação Diagnóstica dos casos de Hanseníase em menores de 15 anos	13	1
Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva de hanseníase	14	0
Ficha de Vigilância de Contatos	14	0
Formulário para Avaliação do Grau de Incapacidade (GI)	14	0

Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada	14	0
Formulário de Investigação de Caso Suspeito de Hanseníase (ACS)	0	14
Ficha de Encaminhamento para Referência Secundária	11	3

Com relação à normatização técnica (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, guia de vigilância epidemiológica) quanto ao diagnóstico e assistência dos casos de hanseníase presente no consultório para consulta, todas as entrevistadas relataram que tem acesso sim a este material de apoio, como mostra figura 12, apenas 3 não mostraram no ato da entrevista o guia de vigilância epidemiológica. Todavia apenas 8 relatam consultar frequentemente e 6 algumas vezes.

Figura 12 : Normatização



Das 14 UBSs apenas 2 têm casos da doença, 10 entrevistadas alegam ausência de pacientes nesta condição, 1 relata que todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista e 1 relata que o paciente tem vergonha de vir a UBS. Na realização do diagnóstico dos casos suspeitos de hanseníase (fluxo de atendimento), 13 descrevem corretamente como se realiza, apenas 1 não sabe descrever.

Com relação ao assessoramento técnico, as 14 entrevistadas confirmam que recebem visita de monitoramento do coordenador de vigilância epidemiológica do município, além de participarem de reuniões de discussão de indicadores epidemiológicos e operacionais. Das entrevistadas, 13 afirmam receber boletins de

acompanhamento mensal para atualização do SINAN, apenas 1 relata não receber. As 14 entrevistadas afirmaram realizar a busca ativa de contatos porém nenhuma delas conhecia o cálculo para estimativa de sintomático dermatoneurológico da população da UBS, segundo Port. n.º 1.631/2015 (2,5% da pop. Da UBS). As 14 entrevistadas realizam exames clínicos para diagnóstico que engloba os testes tátil, térmico e doloroso diante de um caso suspeito bem como em seus contatos. Na avaliação do grau de incapacidade (GI) no momento do diagnóstico e na cura, 12 realizam ; 13 possuem o kit(material) para a avaliação do grau de incapacidade do paciente; 6 conhecem o fluxo de coleta do exame de baciloscopia (esfregaço intradérmico) quando necessário. Com relação à dose supervisionada dos pacientes, embora apenas 2 enfermeiras de fato tenham pacientes em suas áreas e segundo elas seguem o protocolo, 13 afirmam que realizariam e relatam que a medicação (tabela 3) para os paciente em tratamento seria disponibilizada na UBS mensalmente. 1 das entrevistada relata que o paciente recebe a medicação na secretaria municipal e não na UBS.

Tabela 3 - Medicamentos e Insumos Disponíveis na UBS para Atendimento aos Pacientes com Hanseníase

Medicamentos e Insumos Disponíveis	Sempre	Não
(PQT) Esquema Paucibacilar (PB)	13	1
(PQT) Esquema Multibacilar (MB)	13	1
Esquema Alternativo- ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)	13	1
Talidomida	13	1
Vacina BCG	13	1
kit Para Exame Dermatoneurológico	13	1

No que tange a educação, informação e mobilização da comunidade com relação a realização de atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da hanseníase com o usuário do serviço e /ou comunidade, 11 das entrevistadas relataram realizar com ambos, 1 apenas com a comunidade, 1 apenas com os usuários do serviço e 1 não realiza nenhuma atividade. Para aquelas que realizam tais atividades a frequência foi: 5 em campanha anual, 2 mensalmente, 1 quatro vezes por ano e 5 semestralmente. E as estratégias mais utilizadas para essas atividades educativas foram, 5 orientação individual, 10 atividade em grupo, 5 campanhas, 8 ações em escola, igrejas e associações de bairro.

Com relação a distribuição de materiais educativos sobre hanseníase (Cartazes, Panfletos, Cartilhas) na UBS, 11 das entrevista responderam que sim, distribuem quando tem; 3 disseram que não distribuem. 11 Conhecem o Programa municipal Saúde na Escola (PSE), 3 não conhecem. 13 Participaram da campanha de Geo-helmintíases e Hansen e apenas 1 não participou e segundo o quadro 2 as dificuldades e atividades realizadas foram:

Quadro 2 - Resultado Das Atividades Realizadas Pelas Enfermeiras Na Campanha De Geo-Helmintíase e Hansen

Resultado das Atividades Realizadas Pelas Enfermeiras Na Campanha De Geo-Helmintíase e Hansen	
<p>8 entrevistadas não tiveram dificuldades e realizaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ avaliação física, ➤ administração da medicação (Albendazol) ➤ e palestras sobre o tema. 	<p>5 entrevistadas tiveram dificuldades e suas maiores queixas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ a baixa devolutiva do formulário de avaliação de mancha e autorização dos pais; ➤ a resistência de alguns professores em alterar o cronograma da aula para atender a demanda de tempo da campanha; ➤ o não comparecimento dos pais no momento da campanha; o prazo encurtado entre a comunicar a escola sobre a campanha e a sua realização

No quesito educação permanente, foi pesquisado sobre a participação dessas profissionais em algum curso sobre diagnóstico e/ou Vigilância epidemiológica da Hanseníase nos últimos 2 anos e se a realização deste curso havia contribuído para mudança na conduta com relação aos casos da doença, como resultado : 14 responderam que fizeram uma capacitação recente sobre avaliação clínica e diagnóstico do paciente, realizada pela própria Secretaria Municipal de Saúde, e entre todas as entrevistadas apenas 1 relatou que o curso não contribuiu para mudança em sua conduta, pois a mesma já tinha conhecimento específico a esse respeito.

Ao final da entrevista foi pesquisado se as entrevistadas poderiam apontar facilidades e dificuldades enfrentadas para a implementação das ações no serviço, 4 entrevistadas relatam não ter dificuldade, as demais responderam que sim e segundo quadro 3, as respostas foram:

Quadro 3 - Implementação Das Ações Contra Hanseníase No Serviço

Implementação Das Ações Contra Hanseníase No Serviço	
<p>Facilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O acesso do paciente a UBS; ➤ Acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento da doença. O diagnóstico da doença. ➤ Apoio da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica no cuidado com o paciente; ➤ O fluxo de atendimento está bem delimitado desde o diagnóstico até a cura; ➤ Os exames e o fluxo de atendimento; ➤ Apoio da Secretaria municipal de Saúde; 	<p>Dificuldades</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificuldade com a busca ativa de casos ➤ Resistência do paciente em dar continuidade ao tratamento até a cura; ➤ Não aceitação da doença e o estigma que ela acarreta; ➤ O paciente é carente e desnutrido, a medicação forte traz consequências para ele;

O Brasil experimenta a implementação de um modelo diferenciado para prover atenção básica à saúde, orientado por uma ação multidisciplinar na direção de uma intervenção voltada para a promoção da saúde da população. A Hanseníase ainda hoje representa um problema de saúde pública no Brasil. O enfermeiro da Atenção Primária à Saúde representa a porta de entrada para os pacientes, pois atua na prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento da Hanseníase. (SILVA, 2014)

Nas unidades básicas de saúde a enfermagem integra um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade (VERONESI, 2004). Definem-se como

ações de enfermagem aquelas realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes. Essas ações incluem a consulta de enfermagem e a aplicação de testes e vacina BCG intradérmica para contatos. (BRASIL, 2002)

De acordo com a observação, dos serviços de saúde prestados pelo município em estudo, a rede de cuidado para hanseníase, inicia-se na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando o paciente procura o serviço (demanda espontânea) ou quando um Agente Comunitário de Saúde (ACS) sinaliza na UBS que há suspeita de um possível paciente. A partir desse momento o paciente é avaliado clinicamente pelo médico, quando este profissional não consegue realizar o diagnóstico, o paciente é encaminhado para o médico de referência do município. A partir do momento em que a hanseníase é confirmada, o paciente inicia o tratamento com a poliquimioterapia, com acompanhamento mensal da enfermeira para a tomada da dose supervisionada e nova avaliação clínica, o restante dos medicamentos o paciente toma em sua residência e dessa forma o paciente segue todo período de tratamento no prazo estabelecido de cada esquema terapêutico (PB ou MB). Para os casos em que houver agravamento da doença em que a rede de atenção básica não for suficiente para a manutenção do cuidado, o paciente deve ser referenciado para a rede secundária de atendimento que segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2017), são referências secundárias estaduais no atendimento aos pacientes com hanseníase em Pernambuco: a Unidade Pernambucana de Pronto atendimento Especializado (UPAE), o Hospital Otávio de Freitas (HOF), no bairro de Tejipió, Zona oeste do Recife e o Hospital Geral da Mirueira, em Paulista.

A rede municipal de cuidado para hanseníase ainda pode contar com o programa Estadual de Vigilância, prevenção e controle da Hanseníase que atua em todo Estado de Pernambuco, realizando apoio técnico das ações de controle e acompanhamento da doença nos municípios, por meio do monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais. Atua também na reorganização da assistência de acordo com os níveis de complexidade e promoção de capacitação para profissionais da rede pública de saúde. A equipe planeja e articula suas ações em parceria com: a Superintendência da Assistência Farmacêutica, Atenção Básica, Lacen, APEVISA, Secretaria Executiva de Ressocialização do Estado, Morhan, Pastoral da

Saúde, onde também estabelece parcerias governamentais e não governamentais. (SES-PE, 2013)

6.2.2 Entrevista com o coordenador da Vigilância Epidemiológica do município :

Após aplicação do questionário para compor a matriz de dados de monitoramento das UBSs no programa de controle da hanseníase, obteve-se os seguintes resultados:

O município tem um coordenador que responde pelas atividades do programa da Hanseníase, monitora os principais instrumentos de gestão (COAP, PEFAP, PQAVS), realiza análises de completitude, consistência e duplicidade das notificações, realiza reuniões com as Equipes de Saúde para o monitoramento dos indicadores operacionais e epidemiológicos, monitora os indicadores de cura, abandono, avaliação no GI no diagnóstico e na cura, detecção geral e < 15anos e contatos, o município possui serviço de reabilitação; com relação a realização de campanhas anuais e nacionais, realiza ao menos duas campanhas.

Os dados acima citados demonstram que a execução das ações de monitoramento da Vigilância epidemiológica é favorável ao acompanhamento dos casos de Hanseníase e ao tratamento dos pacientes. Para BRASIL (2011), entende-se a necessidade de construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação, com o desafio de realizar ações de saúde mais efetivas para atender aos usuários. Para OLIVEIRA (2016), tal monitoramento significa:

“ o acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de rumos. Em suma, o monitoramento verifica a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção.”

As equipes de saúde e os gestores devem estar atentos à análise dos indicadores de saúde; estes, quando avaliados adequadamente, revelam um potencial bastante grande para qualificar as ações de saúde, notadamente pelo cálculo da cobertura dessas ações. (PEREIRA, 2016)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede de cuidado da hanseníase no município de Afogados da Ingazeira, segundo avaliação e estudo da série histórica, conta com uma estrutura favorável ao desenvolvimento das ações de combate a Hanseníase, no tocante ao espaço físico, quantitativo de profissionais e equipamentos, todavia, as ações que vêm sendo executadas ao longo desses 10 anos, não demonstraram impacto direto na prevenção de casos novos. É possível constatar esse fato quando observamos a grande variação do quantitativo de casos novos, pois durante esse período não se realizou nenhuma ação diferenciada de uma campanha, por exemplo. Isso demonstra a falta de procedimentos sistemáticos pré-estabelecidos e continuidade no processo de trabalho. Há necessidade de ampliação das campanhas e que estas não se restrinjam apenas as escolas ou ao salão da UBS, numa ação pontual, mas que possa ser inserida da rotina do serviço, tendo todos os profissionais da equipe sensibilizados e capacitados para identificar a doença, principalmente dando maior enfoque à avaliação neurológica no intuito de conseguir identificar esse paciente antes do aparecimento da mancha (que já é tardia).

Não obstante, observou-se também que na maioria dos casos os pacientes se restabelecem da enfermidade. Todavia a principal recomendação do Ministério da Saúde é a prevenção. A doença é de fácil diagnóstico e as Equipes de Saúde da Família têm recebido capacitação para realizarem as ações preventivas, promocionais e curativas, ofertadas tanto pela Secretaria Municipal quanto pela secretaria Estadual de Saúde. O momento agora exige maior comprometimento desses profissionais para que as ações sejam de fato efetivas na eliminação desta doença no município. Esse comprometimento deve envolver principalmente a busca ativa, o exame de contatos domiciliares periodicamente, por longo tempo e educação continuada à população, para que esta seja informada sobre os sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo o processo de cura. No mais, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam colaborar significativamente com a compreensão da dimensão do problema, no município, bem como oferecer subsídios para o direcionamento de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

8. REFERENCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/hanseniasiase>>. Acesso em: 25/03/2017
2. SALES, Anna Maria; NERY, José Augusto da Costa ,PEREIRA Rita Maria de Oliveira . **Glossário de doenças**. Agencia Fiocruz de Notícias. 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/hansen%C3%ADase>> Acesso em: 29/03/2017
3. GOULART, Isabela Maria Bernardes; ARBEX, Guilherme Leonel; CARNEIRO, Marcus Hubaide; et al. **Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia**. In: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 35(5): 453-460 set-out, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000500005> . Acesso em : 29/03/2017.
4. BRASIL. Portaria Nº 3.125, De 7 De Outubro De 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html> Acesso em:17/03/2017
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília (DF); 2002. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniasiase.pdf>. Acesso em: 12/12/2017
6. ARANTES, C.K. et al .**Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase**. Epidemiol. Serv. Saude, v. 19, n.2, p. 155-164, 2010. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: nov. 2017
7. 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** : manual técnico-operacional [recurso eletrônico], 2016. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/svs>>. Acesso: 27/03/2017
8. OMS. Estratégia Global para Aliviar a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle da Hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). 2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-tecnicos/informestecnicos/estrategia_global_para_controle_de_hanseniasiase.pdf> Acesso: 28/03/2017

9. OMS. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>. Acesso em: 27/03/2017
10. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. Hanseníase: Protocolo de Atendimento – Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007. Disponível em: Disponível em:<
<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/134006456000001230.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017
11. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informação em Saúde. Epidemiológica e morbidade. Hanseníase [Internet]. 2017 [citado 2017 jan 17]. Disponível em www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília (DF), 2001. 84p.: il. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasse_atencao.pdf >. Acesso em: 12/12/2017
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015**. Brasília (DF), 2012. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf >. Acesso em: 12/12/2017
14. GOMES, Cicero Claudio Dias; PONTES, Maria Araci de Andrade; GONÇALVES, Heitor de SÁ; PENNA, Gerson Oliveira. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil**. Anais Bras Dermatol 2005; 8 (supl 3): 283-288. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v80s3/3v80a04.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017
15. MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Lívia Helena de Morais e NUNES, Altacílio Aparecido. **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006**. In:Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 43(1):62-67, jan-fev, 2010. Disponível em:<
<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acesso em: 12/12/2017
16. World Health Organization. Leprosy global situation. Wkly Epidemiol Rec 2005; 34:289-96. Disponível

em ;<<http://www.who.int/wer/2005/wer8034.pdf?ua=1>>. Acesso em: janeiro 2018

17. SILVA, Ana Claudia Araújo Da; RIBEIRO, Cândida Maria Nogueira; OLIVEIRA, Viviany Souza De. Projeto Secretaria Estadual De Saúde. Gerência De Doenças Transmitidas Por Micobactérias **.Rede De Cuidado Das Doenças Negligenciadas Tuberculose E Hanseníase No Estado De Pernambuco**. Recife 2017 Disponível em:<
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_sanar_2011_2014_0.pdf >. Acesso em: 12/12/2017

18. PERNAMBUCO. **Projeto quer ampliar combate à hanseníase em PE.Blog**. 2017. Disponível em:<
<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/projeto-quer-ampliar-combate-hansenia-em-pe> >. Acesso em: 12/12/2017

19. RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde . Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado da Hanseníase**. 2010. Disponível em:
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175905/28Linha_cuidado_HANSEN.pdf>. Acesso em: 08/01/ 2018

20. BRASÍLIA. 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília (DF); 2002.

21. MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase** . Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p. Disponível em:<
https://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00011403&lng=pt >. Acesso em: 12/12/2017

22. BRASIL. **Portaria Nº 4.279, De 30 De Dezembro De 2010 a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:<
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf >. Acesso em: 12/12/2017

23. BRASIL. **Portaria Nº 3.125, De 7 De Outubro De 2010**. Disponível em:<
http://www.morhan.org.br/views/upload/portaria_n_3125_hansenia_2010.pdf >. Acesso em: 12/12/2017

24. LANZA, Fernanda Moura; LANA, Francisco Carlos Félix **O Processo De Trabalho Em Hanseníase: Tecnologias E Atuação Da Equipe De Saúde Da Família**, Disponível em:< www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30 >. Acesso em: 12/12/2017

25. PINTO NETO, J.M. et al. **Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase**. Hansen. Int., 27(1): 23-28, 2002 . Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=317914&indexSearch=ID> >. Acesso em: 12/12/2017
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em:< >. Acesso em: 12/12/2017
27. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita .**O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017
28. DAXBACHER, Egon Luiz Rodrigues; FERREIRA, Isaias Nery. **Epidemiologia da Hanseníase**. Rev. Hanseníase_- Avanços e Desafios. P.45-47. Brasília .2012 Disponível em:< <http://www.ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5602> >. Acesso em: 12/12/2017
29. KANEKO, Kimiê Aparecida ; ZAMBON, Vera Dib; PEDRAZZANI ,Elisete Silva .CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NA REGIÃO DE SÃO CARLOS, SP, DE 1983 A 1988 . Hansen. Int. 15(1-2): 05 - 015 ,1990 Disponível em:< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10370 Hansen. Int. 15(1-2)>. Acesso em: 12/12/2017
30. BRASIL MS. Boletim Epidemiológico. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016 Volume 49 N° 4 – 2018. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseníase-publicacao.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017
31. SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, fev. 2008. disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200009&script=sci_abstract&tlng=pt
32. SOUZA, Eliana Amorim de ; FERREIRA, Anderson Fuentes ; BOIGNY, Reagan Nzundu ,et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014 Souza. Rev Saúde Publica. 2018;52:20. Disponível em; < http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-

87872018052000335/0034-8910-rsp-S1518-87872018052000335-pt.x83902.pdf>. Acesso em: janeiro 2018

33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor, Brasil. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 48 N° 4 - 2017 ISSN 2358-9450 Disponível em:<
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/17/Indicadores-de-Vigilancia-em-Saude-descritos-segundo-ra--a-cor.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017

34. SIMÕES, M.J.S.; DELELLO D. Estudo do Comportamento Social dos Pacientes de Hanseníase do Município de São Carlos-SP. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 7, n. 1, p.10-15, dez. 2005. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/237833783_ESTUDO

35. FADEL, Flávia Queiroz. **Prontuário Eletrônico para pacientes de hanseníase via web**. Originalmente apresentado como dissertação de Mestrado em Tecnologia em Saúde. Pontifca Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007.Disponível em: <
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=123897> acesso em: 21/02/2018

36. LEOCÁDIO, ELCYLENE MARIA A.;ET AL. **Construindo Linhas De Cuidado Em Hanseníase**. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH/ Ministério da Saúde – MS. .7-168. Disponível em:<
<http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/1287-3292-1-PB.pdf>. >Acesso em: 10/01/2018

37. ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017

38. OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de ; ROMANELLI ,Geraldo .**Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1):51-60, jan-mar, 1998. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0125.pdf> >. Acesso em: 12/12/2017

39. OPRAMOLLA, Diltor Vladimir Araújo Opramolla. Noções de hansenologia. Centro de estudos Dr Reynaldo Quagliato. Bauru. 2000 p.51. disponível em; Disponível em:<
http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoas/PDF/manifes_rea.pdf >. Acesso em: 12/12/2017

40. MENCARONI, Denise Aparecida; NETO, José Martins Pinto; VILLA ,Tereza Cristina Scatena; OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de. Análise espacial da endemia hansênica na área urbana do município de

Fernandópolis/SP. int, 29(1):12-20, 2004 Disponível em:<
<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/285-820-1-PB.pdf> >. Acesso em:
12/12/2017

41. SILVA, Andreza Hirle da. **O Papel do Enfermeiro na Promoção de Saúde e Prevenção à Hanseníase**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista. 2014 Disponível em:<
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6160.pdf> >. Acesso em: 12/10/2017
42. VERONESI, R. **Tratado de Infectologia** 2^a. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-8708>>. Acesso em: 12/12/2017
43. OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo; REIS, Regimarina Soares de. **Guia de Gestão Pública em Saúde** . São Luís, 2016. 44f.: il. Disponível em:<
http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp14.pdf>. Acesso em: 12/12/2017
44. PEDRAZZANI ES; HELENE, LMF; VIEIRA CSCA, VIETH H; BEZERRA CM, MENDES, EB, et al. **Capacitação de multiplicadores na área de enfermagem em hanseníase**. Hansen. Int. 1998;23(2):27-34. Disponível em :< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10536#> Acesso em: 12/12/2017

ANEXO

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - I

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 1 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (COORDENADOR) PELO PROGRAMA DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO

DATA: ____/____/____

Município: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:

Idade: Sexo: () F () M

Formação: Tempo de formado (em anos):

Pós-graduação: () sim () não Qual área?

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: ____

ESTRUTURA

Recursos Humanos

1. O Programa possui profissional que responde pelas atividades da Coordenação?
1. () Sim 2. () Não

2. Se sim, qual a carga horária deste profissional?
() 20 horas () 30 horas () 40 horas

3. Qual a composição da equipe?

Profissionais	Quantitativo	Carga horária
Técnicos de nível superior		
Técnico de nível médio		

ESTRUTURA

Espaço Físico

4. Existe um local específico para o desenvolvimento do programa?
1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Veículos e equipamentos

5. Possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?
1. () Sim 2. () Não

6. Se sim, qual modalidade?
1. () exclusivo 2. () compartilhado com outros setores 3. () não sabe

7. Existe computadores conectados à internet em número suficiente e adequado para as ações do serviço?

1. () Adequados e suficientes 2. () Suficientes, mas não adequados 3. () Adequados, mas não suficientes 4. () Não sabe

ESTRUTURA
Impressos

8. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase nas Unidades de Saúde do município?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1. Ficha de Notificação				
2. Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase				
3. Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15				
4. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
5. Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase				
6. Ficha de Vigilância de Contatos				
7. Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
8. Formulário para avaliação neurológica simplificada				
9. Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)*				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária				

***Apresentar**

ESTRUTURA
Normatização

9. Você conhece as normatizações técnicas (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, Guia de vigilância epidemiológica) que definem as atribuições do Programa?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, quais?

1. () Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública 2. () Guia de vigilância epidemiológica

10. Os materiais educativos sobre hanseníase (cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) são suficientes para serem distribuídos na rede?

1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA
Medicamentos e Insumos

11. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis para o atendimento dos pacientes de hanseníase neste Município?

<i>Medicamentos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1. (PQT) esquema Paucibacilar (PB)				
2. (PQT) esquema Multibacilar (MB)				
3. Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
4. Corticosteróides (Prednisona)				
5. Talidomida				
6. Vacina BCG				
7. Maleta com Kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de Grau de Incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de Snellen ou optométrica)				
8. Insumos para prevenção de incapacidade				

GESTÃO

Planejamento Integrado

12.

Você monitora os principais instrumentos de gestão? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

Se sim, quais?

1. () COAP (Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte)
2. () PEFAP (Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte)
3. () PQAVS (Proporção de contatos examinados dentre os registrados nos anos das coortes)
4. () Nenhum

13. Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão?

1. () Sim 2. () Não

14. Realiza o planejamento das ações?

1. () Sim 2. () Não

15. Se sim, realiza o monitoramento deste planejamento?

1. () Sim 2. () Não

16. Os indicadores de hanseníase são pactuados com as unidades de saúde que prestam atendimento aos casos de hanseníase (PACS/ESF/Unidade de Referência)?

1. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Sim, frequentemente 4. () Não

GESTÃO

Monitoramento e Avaliação

17. Realiza análises de completitude, consistência e duplicidade?

1. () Sim 2. () Não

18. Se sim, qual a periodicidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____
19. Monitora e analisa (construção de indicadores) os principais indicadores epidemiológicos e operacionais?
1. () Sim 2. () Não
Se sim, quais? 1. () Cura 2. () Abandono 3. () Av. GI no diagnóstico 4. Av. GI na cura
5. () Detecção geral 6. () Detecção em < 15 anos 7. () Contatos 8. () Nenhum
20. Envia o boletim de acompanhamento do SINAN para as unidades?
1. () Sim 2. () Não
21. Se sim, qual a periodicidade?
1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____
22. Calcula a estimativa de casos novos por equipe de saúde da família? (incremento de 5% nos casos notificados no ano anterior)
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
23. Se sim, divulga entre as equipes de saúde da família?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
24. Calcula a estimativa de pacientes dermatoneurológicos? (2,5% da pop. da UBS – Port. n.º 1.631/2015)
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

GESTÃO
Organização da Rede e Serviços

25. O município dispõe de serviço de referência secundária?
1. () Sim 2. () Não
26. Se sim, o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede?
1. () Sim 2. () Não
27. Conhece o fluxo de encaminhamento para pacientes suspeitos de resistência medicamentosa? (NT n.º 22/16 SES/SEVS – Fluxo de envio de amostras para testagem de resistência medicamentosa em Hanseníase)
1. () Sim 2. () Não
28. O município possui algum serviço de reabilitação física?
1. () Sim 2. () Não
29. Existe algum profissional capacitado para atendimento de reabilitação para os pacientes de hanseníase?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
30. Conhece o número de pacientes que necessitam de prótese e/ou órteses ou adaptações de calçados?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe
 Se Sim, quantos? _____

31. Quais os tipos de cirurgias de reabilitação reparadora que os pacientes necessitam?

GESTÃO
Laboratório

32. O município possui laboratório?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

33. Se sim, qual tipo?

1. () Municipal 2. () Conveniado no município 3. () Conveniado em outro município
 4. () Outro: _____

34. O município disponibiliza acesso aos pacientes para realizarem baciloscopia?

1. () Sim 2. () Não

35. O município disponibiliza acesso aos pacientes para realizarem biópsia?

1. () Sim 2. () Não

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Assessoramento Técnico

36. Realiza visitas de monitoramento/assessoramento às unidades de saúde?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, qual a periodicidade por unidade?

1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____

37. Realiza reuniões de discussão de indicadores com as Equipes de saúde?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, qual a periodicidade?

1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO
Informação e Mobilização da comunidade

38. Articula ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em parceria com as Unidades de Saúde para divulgação de sinais e sintomas, prevenção e controle da hanseníase?

1. () Sempre 2. () Algumas vezes/raramente 3. () Não

39. Realiza e/ou promove a divulgação da hanseníase em meios de comunicação, rádio, TV, jornais, etc?

1. () Sempre 2. () Algumas vezes/raramente 3. () Não

40. Realiza e/ou promove parcerias com outros órgãos (instituições de ensino, sociedade civil) para desenvolver ações sobre hanseníase?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, poderia citar algumas parcerias

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

41. Participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da Hanseníase nos últimos 2 anos?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não lembra

42. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução do Programa no seu município?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS -II

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 2 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA: ____/____/____
:_____

Município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Nome:

Endereço:

Bairro:

N.º de famílias cadastradas:

N.º de pessoas cadastradas:

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Idade: Sexo: () F () M

Formação: Tempo de formado (em anos):

Pós-graduação: () sim () não

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: ____

Tempo de atuação na unidade: _____

Carga horária: () 20 horas () 30 horas () 40 horas

ESTRUTURA

Recursos Humanos

2. A equipe de Saúde está completa? 1. () Sim 2. () Não

3. Número de Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Unidade (ACS)

4. Existe microárea descoberta de ACS? 1. () Sim 2. () Não

5. Atende pacientes de área descoberta pela unidade? 1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Espaço Físico

1. Em sua opinião, as condições do local de trabalho são adequadas para atendimento aos pacientes, considerando os seguintes aspectos (marque sim ou não nas colunas):

	SIM	NÃO
1.1 Número de consultórios		
1.2 Tamanho de consultórios		
1.3 Iluminação		
1.4 Ventilação		
1.5 Espaço para reunião da equipe		
1.6 Espaços para reuniões educativas com a comunidade		
1.7 Privacidade		

Observação:

ESTRUTURA

Impressos

2. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
6. Ficha de Notificação				
7. Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Hanseníase				
8. Ficha de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15				
9. Ficha de investigação de suspeita de recidiva de hanseníase				
10. Boletim de acompanhamento de casos de hanseníase				
11. Ficha de Vigilância de Contatos				
12. Formulário para avaliação do grau de incapacidade				
13. Formulário para avaliação neurológica simplificada				
9. Formulário de investigação de caso suspeito de hanseníase (ACS)*				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária				

*Apresentar

ESTRUTURA

Normatização

3. Existe normatização técnica (Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, guia de vigilância epidemiológica)

quanto ao diagnóstico e assistência dos casos de hanseníase presente no consultório para consulta?

1. () Sim 2. () Não

Se sim, quais?

1. () Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública 2. () Guia de vigilância epidemiológica

4. Se sim, com que frequência você consulta?

1. () Frequentemente 2. () Algumas vezes 3. () Nunca

ESTRUTURA

Medicamentos e Insumos

5. Os seguintes medicamentos e insumos estão disponíveis para o atendimento dos pacientes de hanseníase nesta Unidade?

<i>Medicamentos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
2. (PQT) esquema Paucibacilar (PB)				
3. (PQT) esquema Multibacilar (MB)				
4. Esquema alternativo - ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina)				
5. Corticosteróides (Prednisona)				
6. Talidomida				
7. Vacina BCG				
8. Maleta com Kit contendo materiais para auxiliar na realização do exame dermatoneurológico e avaliação de Grau de Incapacidade (lupa, estensiómetro, tubos de ensaio, régua, pá oclusiva, lanterna, lápis hidrocor, fio dental sem sabor, algodão, agulha, tabela ou escala de Snellen ou optométrica)				
9. Insumos para prevenção de incapacidade				

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

6. Recebe a visita de monitoramento do coordenador do município?

1. () Sim 2. () Não Obs.: _____

7. Participa de reuniões de discussão de indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

8. Recebe o boletim de acompanhamento do SINAN?

1. () Sim 2. () Não

9. Se sim, qual a periodicidade?

1. () Mensal 2. () Trimestral 3. () Semestral 4. () Anual 5. () outros _____

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Assessoramento técnico
Diagnóstico e Acompanhamento

10. A unidade atende casos de hanseníase?

2. () Sim 2. () Não

11. Caso não, por qual motivo:

2. () ausência de pacientes nesta condição 2. () todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista 3. () Outro

12. Poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de hanseníase?

(Descrever o fluxo de atendimento) _____

13. Diante de um caso suspeito, realiza exames clínicos para diagnóstico?

1. () sim 2. () não

Se sim, quais? 1. () pesquisa de sensibilidade tátil 2. () pesquisa de sensibilidade

térmica

3. () pesquisa de sensibilidade dolorosa 4. ()

outros _____

2. Realiza a avaliação do Grau de Incapacidade (GI) no diagnóstico?

9. () Sim 2. () Não

3. Realiza a avaliação do GI na cura?

2. () Sim 2. () Não

4. Que tipos de exames são solicitados para a assistência ao paciente com hanseníase? _____

5. Houve alguma dificuldade na realização do diagnóstico e tratamento clínico da hanseníase?

2. () Sim, sempre 2. () Algumas vezes 3. () Não

6. Saberria informar se para todos os casos de hanseníase é prescrito o tratamento supervisionado?

43. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não

7. Realiza o acompanhamento de contatos?

2. () Sim, sempre 2. () Sim, algumas vezes 3. () Não

8. Realiza busca ativa de sintomáticos dermatoneurológico?
2. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não
9. Calcula a estimativa de cálculo de sintomático dermatoneurológico? (2,5% da pop. da UBS – Port. n.º 1.631/2015)
1. Sim 2. Não
10. Realiza busca ativa de faltosos?
2. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não
11. O fluxo de encaminhamento para a referência e contra-referência para as unidades secundárias e/ou terciárias é conhecido?
1. Sim 2. Não
12. O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de hanseníase mais complexos, no(s) serviço(s) de referência?
2. Sim 2. Não 3. Não sabe

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO
Informação e Mobilização da comunidade

13. Realiza atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da hanseníase com usuários do serviço e/ou comunidade?
2. Sim, com ambos 2. Sim, com a comunidade 3. Sim, com os usuários do serviço 4. Não
14. Caso sim, qual a frequência?
1. Quinzenalmente 2. Em campanha anual 3. Semanalmente 4. Mensalmente
5. outro
15. Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência?
2. Orientação individual 2. Atividade em grupo 3. Campanhas 4. Ações em escolas, igrejas, associações de bairro
16. Distribui materiais educativos sobre hanseníase (Cartazes, Panfletos, Cartilhas) nesta Unidade?
30. Sim 2. Não
17. Conhece o Programa municipal Saúde na Escola?
9. Sim 2. Não
18. Participou da campanha de Geo-helminthíases e Hansen?
2. Sim 2. Não
19. Caso sim, em uma das duas últimas perguntas, fale um pouco das atividades que realizou e se houve alguma dificuldade? _____

20. Existe alguma estratégia inovadora que a unidade vem realizando nos últimos anos?

26. Sim 2. Não

Fale um pouco sobre ela

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

21. Participou de algum curso sobre diagnóstico e/ou vigilância epidemiológica da Hanseníase nos últimos 2 anos?

2. Sim 2. Não 3. Não lembra

22. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação ao diagnóstico e vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase?

1. Sim 2. Não

23. Você poderia apontar facilidades e dificuldades enfrentadas para a implementação das ações da hanseníase neste serviço? _____