



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO**

**HANSENÍASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2019**

SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO

HANSENÍASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kilma Wanderley Lopes Gomes

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Grangeiro, Sylvania Gomes de Oliveira .

Hanseníase: desafios da atualidade para melhoria do serviço na estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Sylvania Gomes de Oliveira Grangeiro. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 150 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Saúde Coletiva..

Orientação: Prof.ª Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes.

1. Hanseníase. Lepra. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Busca de comunicante. 4. Educação Permanente. I. Título.

SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO

HANSENÍASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

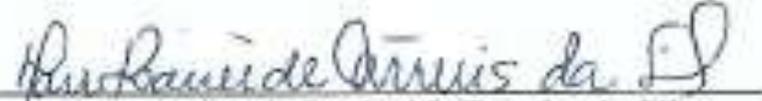
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 02 de outubro de 2019

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Thayza Miranda Pereira  
(1º membro- MS)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva  
(2º membro- UECE)

Aos meus pais, Francismá (Mazinho) e Lúcia, pelo exemplo a ser seguido e pelas histórias de lutas e conquistas. Dedico cada vitória que alcanço como forma de gratidão, por todo esforço e amor dedicado a nós filhos. Ao meu esposo, Williams, pela compreensão, cuidado, carinho e companheirismo durante esta trajetória de imersão nos estudos. Ao meu filho, Felipe, por sempre me ensinar a ter fé, coragem e perseverança.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar força nos momentos em que achei que não conseguiria. E por sempre estar presente em minha vida.

À tia Suzana, que em muito contribuiu para que eu alcançasse os objetivos de sempre ir além nessa jornada que se chama vida.

Aos meus irmãos, Francismá Júnior e Sofhia, pelo amor incondicional.

Às minhas enteadas, Larissa, Lara e Letícia, e meu sobrinho, Kayro César, pelo simples fato de existirem em minha vida e pelo exemplo de resiliência.

À minha amiga, orientadora e ex-parceira de trabalho, Professora Dr<sup>a</sup> Kilma Wanderley Lopes Gomes, pela oportunidade e confiança em meu trabalho. Muito obrigada pelos incentivos, conversas, amizade e orientações.

À professora Dr<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva pelo incentivo em fazer o mestrado e aceitar participar da Banca Examinadora e que em muito contribuiu para a melhoria da pesquisa, meu obrigada.

À Dr<sup>a</sup> Thayza Miranda Pereira por todo o contexto em que nos conhecemos e que envolve a Hanseníase. Pelo exemplo de luta, força e perseverança. Muito obrigada por aceitar participar da Banca e por suas contribuições de grande valia.

Aos médicos, enfermeiras, enfermeiro, equipe NASF, equipe de saúde bucal, técnicos de enfermagem, da Unidade de Saúde José Paracampes pela aceitação, dedicação, participação.

Aos admiráveis Agentes Comunitários de Saúde desta Unidade de Saúde pela confiança, trabalho em equipe e por terem sempre esta vontade de aprender mais, minha eterna gratidão.

À minha amada e sempre equipe vermelha, minha gratidão pelo convívio, brincadeiras, conversas, almoços, aprendizados, dedicação e amizade.

Ao gestor, Dr. Anderson Luiz Sá, que acatou e contribuiu enormemente para que os profissionais participassem das oficinas.

Aos professores do Mestrado Profissional pela delicadeza, compartilhamento de saberes. E em especial, aos coordenadores do Mestrado e também facilitadores, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Patrícia e Prof. Dr. José Maria pela leveza em passar o conteúdo.

Aos colegas do mestrado, pelas trocas de conhecimentos e experiências tão ricas, necessárias e importantes no Mestrado Profissional. E meu carinho especial a Viviane Duarte e Elenice Andrade.

## RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, negligenciada, estigmatizada e um grave problema de saúde pública. Esta pesquisa objetivou a construção de um plano de ações de controle da hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF: fisioterapeuta, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional) de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde considerada de média endemicidade para hanseníase, em Fortaleza-CE, no ano de 2019. Nos últimos cinco anos, diagnosticaram-se mais casos de hanseníase multibacilares do que paucibacilares e, em 2018, uma criança com diagnóstico de hanseníase paucibacilar, portanto, em situação de diagnóstico tardio. Este é um estudo qualitativo com abordagem exploratória, que utiliza a pesquisa-ação como metodologia. Para a coleta de dados, inicialmente, foi utilizado um questionário autoaplicado para caracterizar o perfil dos profissionais atuantes, com posterior análise dos questionários para a organização das oficinas. Foram realizados encontros de acordo com as categorias profissionais e, para isto, utilizaram-se: o círculo de cultura, com os agentes comunitários de saúde; e oficinas, com os demais profissionais – de nível superior (médicos, enfermeiro/as, cirurgiões-dentistas e NASF) e de nível médio (técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal). Para a interpretação do material coletado, utilizou-se a análise de conteúdo. Pôde-se perceber que há deficiência de capacitação para os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família, principalmente enfermeiros e médicos; também ficou evidente a falta de conhecimento acerca da hanseníase nas categorias dos técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal. Aplicadas as oficinas, adquiriu-se maior segurança na conduta prática com os pacientes e seus contatos, através da utilização dos instrumentos construídos, do conhecimento devido às atualizações e práticas, ocasionando maior segurança quanto à temática. Quanto às ações e atitudes dos profissionais, percebeu-se significativa mudança com a melhoria do conhecimento, além de um olhar diferenciado sobre a observação dos usuários. Foram disponibilizadas mais vagas na agenda, o que ampliou o acesso ao serviço. Com a construção do fluxograma interno da Unidade de Saúde, evidenciou-se: como ocorre o caminhar do paciente em busca do seu atendimento; uma melhoria na avaliação de incapacidade pelas enfermeiras e enfermeiro, com a presença de médicos e fisioterapeuta, ocorrendo um atendimento multiprofissional ao paciente. A educação

permanente em hanseníase é, portanto, primordial para os profissionais da atenção primária à saúde para que ocorra a detecção precoce de casos novos, redução da transmissão da doença dentro da comunidade e redução dos riscos de desenvolvimento de grau de incapacidade física, seja por diagnóstico tardio ou reação hansênica.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Lepra. Estratégia Saúde da Família. Busca de comunicante. Educação Permanente.

## ABSTRACT

Leprosy is a chronic, infectious, neglected, stigmatized disease and a serious public health problem. This research aimed to the construction of a leprosy control action plan with professionals from the Family Health Strategy and Family Health Support Center (FHSC: physiotherapist, physical educator, psychologist and occupational therapist) of a Primary Health Care Unit considered of medium endemicity for leprosy, in Fortaleza-CE, in the year 2019. Over the past five years, more cases of multibacillary leprosy have been diagnosed than paucibacillary leprosy and, in 2018, a child was diagnosed with paucibacillary leprosy, therefore, in late diagnosis. This is a qualitative study with an exploratory approach that uses action-research as methodology. For data collection, a self-administered questionnaire was initially used to characterize the working professionals' profile, with questionnaires subsequent analysis for the workshops organization. Meetings were held according to the professional categories and, for this, we used: the culture circle, with the community health agents; and workshops, with the other professionals – higher-level (doctors, nurses, dental surgeons and FHSC) and mid-level (nursing technicians and oral health assistants). It was noticed that there is a deficiency of training for professionals working in the Family Health Strategy, especially nurses and doctors; It was also evident the lack of knowledge about leprosy in the categories of nursing technicians and oral health assistants. Applied to the workshops, it was acquired greater security in the practical conduct with patients and their contacts, through the use of built instruments, the knowledge due to the updates and practices, causing greater security about that theme. Regarding the professionals' actions and attitudes, a significant change was observed with knowledge improvement, as well as a different perspective on the observation of users. More vacancies were made available on the agenda, which increased access to the service. With the construction of the Health Unit internal flowchart, it became clear: how does the patient's walk in search of their care; an improvement in the disability assessment by nurses, with the presence of physicians and physiotherapist, with a multidisciplinary patient care. Continuing education in leprosy is therefore paramount for primary health care professionals for early detection of new cases, reduction of disease transmission within the community and reduction of the risks of developing disability, either by late diagnosis or leprosy reaction.

**Keywords:** Hansen's disease. Leprosy. Family Health Strategy. Contact Tracing. Education, Continuing.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 –</b>	<b>Instituições de asilos e hospitais que abrigavam e excluíaam do convívio da sociedade as pessoas acometidas por hanseníase.....</b>	<b>26</b>
<b>Quadro 2 –</b>	<b>Principais características da forma clínica da hanseníase.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 3 –</b>	<b>Medidas de prevenção e controle da hanseníase – Detecção precoce de casos.....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 4 –</b>	<b>Medidas de prevenção e controle da hanseníase – Tratamento e investigação epidemiológica de contatos.....</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 5 –</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 6 –</b>	<b>Processo de pesquisa-ação na UAPS José Paracampos, maio, 2019, Fortaleza-CE.....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 7 –</b>	<b>Conhecimento dos serviços ofertados e ação para ampliar o conhecimento.....</b>	<b>82</b>
<b>Quadro 8 –</b>	<b>Síntese da resolução da problemática, percepção sobre o serviço de saúde.....</b>	<b>90</b>
<b>Quadro 9 –</b>	<b>Síntese da resolução da problemática, falta de conhecimento da comunidade sobre a hanseníase.....</b>	<b>92</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	<b>Distribuição geográfica de casos novos de Hanseníase no mundo, 2015.....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 2 –</b>	<b>Distribuição espacial da taxa de detecção geral de hanseníase na população geral e menores de 15 anos, segundo faixa etária, Ceará, 2018* .....</b>	<b>35</b>
<b>Gráfico 1 –</b>	<b>Percentual de casos novos atendidos no Centro de Referência Dermatológica e nas UAPS de Fortaleza, Ceará, período de 2007 a 2017.....</b>	<b>40</b>
<b>Gráfico 2–</b>	<b>Situação da UAPS José Paracampos, em número de pacientes que realizaram tratamento e avaliação de incapacidade, de 2013-2018, Fortaleza-CE.....</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 3 –</b>	<b>Categorias profissionais dos participantes da pesquisa-ação em hanseníase.....</b>	<b>78</b>
<b>Gráfico 4 –</b>	<b>Distribuição dos profissionais quanto à pós-graduação.....</b>	<b>79</b>
<b>Gráfico 5 –</b>	<b>Forma de contratação profissional.....</b>	<b>80</b>
<b>Gráfico 6 –</b>	<b>Tempo de formação profissional, de serviço na ESF e de serviço na UAPS.....</b>	<b>80</b>
<b>Mapa 1 –</b>	<b>Divisões das seis (06) Coordenadorias Regionais e a do Centro, Fortaleza-CE, 2018.....</b>	<b>45</b>
<b>Mapa 2 –</b>	<b>Distribuição de casos de hanseníase por faixa etária, por regional no período de 2010 a 2017, em Fortaleza-CE.....</b>	<b>46</b>
<b>Mapa 3 –</b>	<b>Distribuição e densidade espacial, Classificação Operacional Paucibacilar, por bairro, no período de 2010-2017, em Fortaleza-CE.....</b>	<b>46</b>
<b>Mapa 4 –</b>	<b>Distribuição e densidade espacial, Classificação Operacional Multibacilar, por bairro, no período de 2010-2017, Fortaleza-CE.....</b>	<b>47</b>
<b>Mapa 5 –</b>	<b>Hanseníase: distribuição espacial dos casos novos, por bairro na UAPS José Paracampos, Fortaleza – 2009 a 2018.....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE FOTOS

<b>Foto 1 –</b>	<b>Iniciando a apresentação da pesquisa-ação na UAPS José Paracampos, maio de 2019.....</b>	<b>56</b>
<b>Foto 2 –</b>	<b>Apresentação da pesquisa-ação na UAPS José Paracampos...</b>	<b>58</b>
<b>Foto 3 –</b>	<b>Exposição do material necessário para as avaliações.....</b>	<b>59</b>
<b>Foto 4 –</b>	<b>Oficina com o GR1. Mini-exposição, debates e planejamento...</b>	<b>60</b>
<b>Foto 5 –</b>	<b>Treinamento e avaliação de contato de paciente de hanseníase.....</b>	<b>61</b>
<b>Foto 6 –</b>	<b>Palpação dos nervos.....</b>	<b>62</b>
<b>Foto 6.1 –</b>	<b>Utilizando o estesiômetro.....</b>	<b>63</b>
<b>Foto 7 –</b>	<b>Paciente em abandono de tratamento.....</b>	<b>64</b>
<b>Foto 8 –</b>	<b>Avaliação de contato, paciente índice MB, criança de 10 anos</b>	<b>65</b>
<b>Foto 9 –</b>	<b>Visita domiciliar: Idosa, sem comunicação adequada devido a AVE.....</b>	<b>66</b>
<b>Foto 10 –</b>	<b>Os grupos fazendo o “cochicho” e organizando a encenação, Jun/2019.....</b>	<b>67</b>
<b>Foto 11 –</b>	<b>Primeira encenação: “Fofoca do bem na comunidade”</b>	<b>68</b>
<b>Foto 12 –</b>	<b>Segunda encenação: “Busca ativa de mancha suspeita hanseníase” .....</b>	<b>69</b>
<b>Foto 13 –</b>	<b>Discussão e apresentação em dois grupos sobre as perguntas norteadoras.....</b>	<b>75</b>
<b>Foto 14 –</b>	<b>Apresentação dos grupos.....</b>	<b>76</b>
<b>Foto 15 –</b>	<b>Avaliação final das práticas e saberes em hanseníase.....</b>	<b>96</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACS Q	Agente Comunitário de Saúde (Fala no Questionário)
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ASB Q	Auxiliar de Saúde Bucal (Fala no Questionário)
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CD	Cirurgião-Dentista
CD Q	Cirurgião-Dentista (Fala no Questionário)
CDERM	Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
COEPPE	Coordenadoria de Educação Permanente e de Programas Especiais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORES V	Coordenadoria Regional de Saúde V
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ENF	Enfermeiro/Enfermeira
ENF Q	Enfermeiro/Enfermeira (Fala no Questionário)
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIF 2	Grau de Incapacidade Física 2
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LADES/UFC	Liga Acadêmica de Doenças Estigmatizantes/UFC
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
NASF Q	Núcleo de Apoio em Saúde da Família (Fala no Questionário)
MB	Multibacilar
MED	Médico
MED Q	Médico (Fala no Questionário)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Paucibacilar
PET-Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SBH	Sociedade Brasileira de Hansenologia

T Enf Q	Técnico de Enfermagem (Fala no Questionário)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
2.1	CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO: LEPRA OU HANSENÍASE?.....	23
2.2	HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS E OPERACIONAIS.....	27
<b>2.2.1</b>	<b>Definição de caso.....</b>	<b>28</b>
2.3	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE.....	32
2.4	AÇÕES PARA REDUÇÃO DA CARGA DA HANSENÍASE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
3.1	GERAL.....	41
3.2	ESPECÍFICOS.....	41
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>42</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	44
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	48
4.4	DESENHO DO ESTUDO.....	49
4.5	MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
<b>5</b>	<b>O CAMINHAR DA PESQUISA-AÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE.....</b>	<b>54</b>
5.1	OS ENCONTROS DA PESQUISA-AÇÃO.....	55
<b>5.1.1</b>	<b>Oficina e prática com enfermeiras/o e médicos (GR1).....</b>	<b>58</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Círculo de Cultura: Construção do saber em hanseníase com os ACS (GR 2).....</b>	<b>67</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Oficina e exploração do conteúdo com NASF, Cirurgião-Dentista, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Saúde Bucal (GR3).....</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>78</b>
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	78
<b>6.1.1</b>	<b>Aspectos pessoais e profissionais.....</b>	<b>78</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Conhecimento sobre o funcionamento da Unidade de Saúde.....</b>	<b>81</b>
6.2	CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE.....	83

6.3	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	83
6.4	FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE PELA COMUNIDADE.....	92
6.5	NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO EM TODAS AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS.....	94
6.6	AVALIAÇÃO FINAL DA PESQUISA-AÇÃO.....	95
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>100</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>111</b>
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	112
	APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM.....	113
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA.....	114
	APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	115
	APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	116
	APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS.....	117
	APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DOS ACS.....	121
	APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DO NASF E CIRURGIÕES-DENTISTA.....	125
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.....	128
	APÊNDICE J – PLANO DE AÇÃO GR1.....	131
	APÊNDICE K – PLANO DE AÇÃO DO GR2.....	132
	APÊNDICE L – PLANO DE AÇÃO GR3.....	133
	APÊNDICE M – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CONTATO DE HANSENÍASE, UAPS JOSÉ PARACAMPOS, PESQUISA-AÇÃO, JUL/2019.....	134
	APÊNDICE N – GUIA DE SINAIS E SINTOMAS PARA BUSCA ATIVA DE CASOS SUSPEITOS DE HANSENÍASE.....	135

APÊNDICE O – PALAVRAS GERADORAS DO CÍRCULO DE CULTURA, GR2.....	136
APÊNDICE P – PARTILHA DOS GRUPOS SOBRE AS RESOLUÇÕES DOS TEMAS DISCUTIDOS, CÍRCULO DE CULTURA.....	137
APÊNDICE Q – SESSÕES EDUCATIVAS NA UNIDADE DE SAÚDE.....	139
APÊNDICE R – SESSÕES EDUCATIVAS NA ESCOLA PROFISSIONALIZANTE.....	140
APÊNDICE S – GEORREFERENCIAMENTO DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS, 2009-2018.....	141
APÊNDICE T – FLUXOGRAMA INTERNO DE PACIENTE COM SUSPEITA DE HANSENÍASE, UAPS JOSÉ PARACAMPOS, FORTALEZA, CE.....	142
<b>ANEXOS</b> .....	143
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	145
ANEXO B – FICHA PARA ACOMPANHAMENTO DOS CONTATOS DE HANSENÍASE PELO.....	147
ANEXO C – PRONTUÁRIO IMPRESSO UTILIZADO NA PESQUISA-AÇÃO.....	148
ANEXO D – MATERIAL IMPRESSO DE HANSENÍASE FORNECIDO DURANTE A PESQUISA PARA CADA EQUIPE.....	149

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae* que acomete a pele e os nervos periféricos. É considerada negligenciada e um grave problema de saúde pública. Por ser uma doença transmissível e incapacitante, conta com a necessidade de capacitação, envolvimento e comprometimento dos profissionais para que ocorra um diagnóstico e tratamento precoce e oportuno, a fim de evitar a transmissão, minimizar as deformidades e sequelas no paciente reduzindo sua carga psicológica, física, bem como os estigmas e preconceitos (BRASIL, 2017; OMS, 2016; OPROMOLLA, 2000; 2002; GELUK; DUTHIE; SPENCER, 2011).

Ela faz parte das doenças tropicais negligenciadas (DTN), que são um grupo de doenças infecciosas causadas por parasitas, bactérias, vírus ou fungos. Várias são estas doenças que também ocorrem no Brasil, país em desenvolvimento e com áreas de extrema pobreza com condições hidrossanitárias insatisfatórias. O baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) está diretamente relacionado à alta prevalência dessas doenças e se destacam as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil (WHO, 2010; HOTEZ; et al., 2008).

A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015 enfatiza a qualidade dos serviços de hanseníase, como algo primordial e essencial para um programa eficiente, está baseado na capacitação dos profissionais, supervisão técnica regular e no monitoramento dos indicadores-chaves; os profissionais devem estar dispostos para que a mudança ocorra, melhorando suas habilidades e funcionamento dos serviços de saúde; além disso, os serviços de hanseníase de qualidade devem ser acessíveis aos que buscam atendimento (OMS, 2010; BRASIL, 2018).

A esta linha de pensamento a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase, reforça, ainda, a necessidade de detecção precoce de casos novos, antes de incapacidade física visível, ou seja, grau de incapacidade física GIF 2, indicando desta forma que os serviços estão detectando precocemente a doença e evitando danos aos pacientes. A presença de criança com hanseníase, a alta proporção de casos multibacilares (MB) indicam atraso na detecção de casos novos na comunidade, e que existem pacientes não tratados, bem como a transmissão ativa da doença (OMS, 2010; OMS, 2016; BRASIL, 2018).

Em consonância a estas estratégias globais, o Brasil lançou a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022, (BRASIL, 2019), onde visa um Brasil sem hanseníase, com o objetivo de reduzir a carga da hanseníase. E para tanto, traçou metas como redução de 44% no número de crianças com incapacidade física grau 2; taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física de 5,5 casos/1 milhão; zero estigma e discriminação.

Durante a realização da pesquisa com as oficinas e círculo de cultura, trazendo atualizações acerca das condutas em hanseníase, bem como os dados epidemiológicos observamos que há a necessidade desses momentos com maior frequência. Por conseguinte, devido à demanda reduzida de casos de hanseníase por equipe, a prática muitas vezes fica aquém do que deveria ocorrer. E, portanto, o atendimento multiprofissional se torna valioso para um melhor manejo e acompanhamento do paciente.

Com isto fortalecemos as estratégias preconizadas pela OMS e Ministério da Saúde para o atendimento ao paciente com diagnóstico de hanseníase. Além da vigilância e utilização de informações geográficas para localizarmos os casos, antes desconhecidos pelos ACS. O que de certa forma trouxe à tona a necessidade de ampliar a educação em saúde para a comunidade, com a finalidade de reduzir o estigma, medo, crenças e desconhecimento.

A hanseníase é considerada, ainda, uma doença estigmatizante. Goffman (1988) um estudioso sobre estigma, relata que foram os gregos que definiram o termo estigma e se devia aos sinais corporais que evidenciavam algo excepcional ou relacionado à má conduta daquela pessoa, que poderia ser facilmente identificado nas relações sociais e que se diferenciava dos demais, causando-lhes o afastamento social. O estigma da hanseníase também está relacionado à imagem corporal, pois o indivíduo pode apresentar desde manchas, lesões na pele, e até mesmo deformidades físicas devido ao comprometimento dos nervos periféricos. A exclusão e o preconceito da família, da sociedade e do próprio paciente por falta de informações, muitas vezes, retarda a busca por tratamento tornando o diagnóstico tardio (LOCKWOOD, 2004; HENRY et al., 2016; SHUMET et al., 2015; MUTHUVEL et al., 2017).

Meu primeiro contato com pessoas acometidas por hanseníase, ocorreu em Iguatu-CE, onde atuava como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, porém

o atendimento era centralizado no centro de referência da cidade com dermatologista, entre os anos de 2001 e 2002.

Ao ingressar no serviço público de Fortaleza-CE, na Unidade de Atenção Primária a Saúde, em 2006, assumi a responsabilidade técnica dos programas de controle da Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Após treinamento no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), em 2007 para Hanseníase, houve organização parcial do Programa de Controle de Hanseníase, e neste momento, foi adaptado o prontuário do centro de referência para atendimento em Hanseníase na atenção primária, pois não havia prontuário específico. Ao ser utilizado e testado houve algumas modificações e, posteriormente, foi apresentado à responsável técnica na Secretaria Executiva Regional V, atualmente, Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES), sendo ampliada e utilizada nas outras unidades de saúde. Em 2009, houve treinamento em Brasília, juntamente com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Vigilância Sanitária em Hanseníase com a finalidade de avaliação e monitoramento dos casos de hanseníase do qual tivemos a produção do livro de registro e acompanhamento dos casos de Hanseníase e dos contatos, o qual foi lançado em 2010.

Em 2008 foi implantado o Dia D da Mancha, como forma de referenciar usuários e incentivar a busca ativa o qual conseguimos manter até 2013, com vários casos novos sendo detectados neste Dia D da Mancha. Trabalho desenvolvido de forma multiprofissional juntamente com a médica da equipe, residentes do curso de Residência Medicina Saúde da Família e Comunidade, assim como internos de Medicina e acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Desde 2008, realizamos anualmente capacitações para os ACS. Tivemos participações em 2010, dos bolsistas do PET-Saúde/UFC, e em 2016 contamos com as acadêmicas de Enfermagem da Liga Acadêmica de Doenças Estigmatizantes da UFC (LADES/UFC).

Em 2010, o desenvolvimento do Projeto de Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção a Saúde (AGAP) fruto de cooperação internacional inédita entre o Brasil e Canadá, com intermediação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e da Universidade de Toronto, teve ainda como parcerias o Departamento

de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da BIREME/OPAS, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e a Agência Canadense de Cooperação Internacional (CIDA), experiência realizada em quatro estados dos quais, um destes, foi o Ceará. Entre os parceiros locais num projeto de intervenção pautado nas necessidades locais já foi assumida pela Unidade de Saúde José Paracampos/Secretaria de Saúde de Fortaleza e a Universidade Estadual do Ceará (UECE) ações relacionadas ao diagnóstico precoce e cuidado ao paciente com hanseníase, intitulado: Qualificação da Atenção Primária em Saúde para o Controle da Hanseníase: Que Manchas Queremos Enxergar? Muitas ações realizadas o que possibilitou sensibilização de profissionais de saúde, usuários e gestor da referida unidade em que foi realizada a presente pesquisa.

O principal intuito destes momentos, além de atualizar sobre o tema, é o de lembrar a necessidade e a importância da realização da busca ativa a serem desenvolvidos por todos os profissionais, e em especial os ACS que é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Foi a partir desta experiência que surgiram as inquietações quanto aos contatos que não são avaliados e acompanhados, paciente índice que não retorna após alta, distanciamento dos profissionais em assumirem seus pacientes e a necessidade de vigilância que não é observada. Estes aspectos podem estar relacionados aos estigmas e medo tanto pelo paciente e por seus familiares, bem como pelos próprios profissionais.

Ao fazermos um levantamento prévio dos últimos cinco anos com os casos notificados na Unidade de Saúde José Paracampos, vimos que temos equipes silenciosas em notificações de casos de hanseníase. Em relação aos pacientes, de julho de 2013 a junho de 2018, tivemos catorze (14) casos novos de hanseníase notificados na Unidade de Saúde, sendo dez (10) MB, com avaliação do GIF 2 em três (03) pacientes no momento do diagnóstico ou no 1º mês de tratamento. Quanto aos pacientes com hanseníase paucibacilares, dois (02) destes, o diagnóstico fora realizado em serviço particular, e dentre eles encontrava-se uma criança de oito anos.

Diante deste contexto afloraram os seguintes questionamentos: Quais são as estratégias utilizadas na atenção primária à saúde – Estratégia Saúde da Família na busca dos pacientes com hanseníase? Como está sendo realizada a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e durante o tratamento? Como ocorre a

avaliação e o acompanhamento dos contatos? Suscitando inquietações na revisão das ações do programa de controle de hanseníase, vimos que são desenvolvidas, mas com deficiências e há necessidade de mudanças para ressignificar este atendimento.

E, portanto, este estudo tornou-se relevante, pois buscou respostas e atitudes ainda não encontradas, a fim de proporcionar ações para atenção à pessoa com hanseníase para que se tenha uma detecção precoce e conseqüentemente redução da carga da doença; aperfeiçoamento dos profissionais para uma prática de qualidade no serviço de atenção básica, buscando a excelência; aplicação do instrumento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com os ACS para a busca ativa dos contatos de pacientes com diagnóstico de hanseníase (Anexo B). Produção de fluxo interno, formulários para melhorar o acompanhamento do paciente e de seus contatos.

A pretensão deste estudo foi de melhorar a assistência prestada aos pacientes com diagnóstico de hanseníase e seus familiares, pelos profissionais de saúde da UAPS José Paracampos; Mudança nas práticas exercidas pelos profissionais nesta Unidade de Saúde; Manutenção da busca ativa a pacientes com hanseníase, ainda não detectados; Diagnóstico precoce com início de tratamento para redução de riscos de transmissão, bem como a prevenção de incapacidade física e, como consequência, sofrimento psicológico dos pacientes e de seus familiares; Registro adequado e completo dos atendimentos aos pacientes com hanseníase; em longo prazo, redução dos casos MB, bem como o GIF 2; e não termos registros de crianças com hanseníase.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO: LEPRA OU HANSENÍASE?

A hanseníase é considerada uma doença milenar, apesar de suas várias nomenclaturas. Sua existência é remota e desde a antiguidade já era conhecida na Índia, China e no Japão. No Egito, foi encontrado registro em papiro da época de Ramsés II, 4.300 a.C. Acredita-se que sua origem deve ser da África Oriental e do Oriente Médio se espalhando com os processos de migrações humanas. A chegada às Américas pode ser tanto pelos europeus ou pelos norte africanos (MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007; EIDT, 2004, MAURANO, 1950).

A forma de nomear a doença na antiguidade influencia o saber concreto de sua origem. Para os hebreus era considerada uma maldição, um castigo e não uma enfermidade, e consideravam semelhantes: sífilis, micoses e lepra. Algo que se observa até os dias de hoje, em algumas culturas e comunidades. Para outros a palavra lepra vem de origem indígena, que significa doença de escamas, lívida (PACHÁ, 1914; MACIEL; FERREIRA, 2014; AGRÍCOLA, 1960).

De acordo com os registros, na Idade Média o Oriente médio e a Europa teve alta incidência de hanseníase, e no ano de 583 a profilaxia era o isolamento, proferido pela igreja católica o Concílio de Lyon (Séc. VI). Na França, realizavam um ofício religioso para esta segregação. Neste período acreditavam que a doença era contagiosa e se adquiria através da relação sexual durante a menstruação. Tem registro de que os cuidadores destes doentes são dos anos de 1100, onde se tem o incentivo da igreja para o cuidado desta população. No século XIII, estima-se que na Europa existia cerca de 20.000 leprosários (EIDT, 2004; FEITOSA, 2008; QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

Alguns autores relatam que entre os séculos XV e XVII a lepra desaparecera do cenário europeu e que foi devido às melhorias nas condições de vida, das populações; as epidemias ocorridas naquele período que podem ter levado à morte grande parte dos “leprosos” fazendo com que a doença fosse aparentemente desaparecendo deste cenário (FOUCAULT, 1989; MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007). Ao final do século XV, de acordo ainda com Foucault (1989), nos hospitais, antes somente dos leprosos, agora eram ocupados por aqueles que possuíam doenças venéreas, termo utilizado antigamente, para as infecções

sexualmente transmissíveis (IST). Vê-se, nestes casos também, os critérios de exclusão e segregação entre os doentes e a sociedade sadia.

Na colonização portuguesa no Brasil, passaram a encontrar casos que teriam sido trazidos por holandeses, franceses, espanhóis ou portugueses. Formaram por gerações focos endêmicos da doença, pois de acordo com os historiadores os índios, habitantes do Brasil, eram considerados saudáveis e em seu vocabulário não existia palavra equivalente aos sintomas da lepra (MAURANO, 1950; DINIZ, 1960).

No que se refere a conhecimento médico registrado considera-se a obra dos médicos noruegueses Daniel C. Danielssen e Carl W. Boeck, “Sobre a Lepra”, publicado em 1847. Eles acreditavam em potencial hereditariedade e classificaram como tipo maligno ou benigno, denominação que vigorou até 1948 (MACIEL; FERREIRA, 2014).

Em 1873, Gerhard Henrik Armauer Hansen descobriu a existência do *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen evidenciando o caráter infectocontagioso da lepra e foi o primeiro agente infeccioso relacionado à doença humana e o modo de transmissão era desconhecido. Na I Conferência Internacional de Lepra em Berlim, 1897, presidida por Rudolf Virchow, Hansen propôs o isolamento do doente, considerando a única medida capaz de conter o avanço da doença. Sendo aceito por quase a totalidade dos participantes. Recomenda-se, então, a notificação compulsória dos casos, a vigilância dos contatos e observação rigorosa de seus filhos. Entretanto, vê-se que após mais de mil anos ao que a igreja já vinha pregando e determinando, é o que os estudiosos oferecem como opção para o controle da doença, pois se desconhecia a forma de transmissão e o tratamento (MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007; MAURANO, 1950).

No Brasil, os primeiros registros são do Rio de Janeiro. Os primeiros casos foram descritos no ano de 1600, e em 1737, os dados registravam 300 doentes e em 1763 fora inaugurado o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, com a finalidade de cuidar dos acometidos pela lepra. Vale ressaltar, que a iniciativa de cuidar dos “lazarentos” ocorreu em Recife em 1714 com a fundação de um asilo. Estas instituições tinham o caráter de caridade, assistência e piedade, pois não era tratável e passível de cura. Tinha a finalidade de isolar e cuidar (MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007; AGRÍCOLA, 1960).

Entre os séculos XVII e XIX, várias instituições semelhantes a estas foram criadas. E até o fim do século XX todos os hospitais de lázaros e asilos existentes

eram de manutenção particular, sendo a maioria, mantidos pela igreja, pois não existiam políticas públicas de saúde para ter o estado como responsável (MACIEL; FERREIRA, 2014). E, portanto, os poderes públicos da União, Estados e Distrito Federal, não tinham conhecimento da endemia no Brasil.

Com o regime Republicano e a Constituição de 1891, a saúde pública era de responsabilidade dos Estados. Já a União tinha o papel de controlar os portos e exercer ações sanitárias na capital federal ou atuar em eventos epidêmicos. A saúde, portanto, estava voltada para os grandes centros urbanos. O isolamento, apesar de ser compulsório, não foi totalitário, pois não conseguiram isolar todos os doentes. Seja por falta de registro, ou porque se ocultavam para evitar a internação, e por consequência, a exclusão do convívio da família e da sociedade (MAURANO, 1950; MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007).

Realizamos o quadro 1, das instituições no Brasil em ordem cronológica de acordo com os registros encontrados.

No Ceará, a hanseníase foi notificada pela primeira vez em 1867; em 1905 já se tinha registro de 32 casos; e em 1918, existiam 82 casos de lepra em todo o Estado. Em 1927 iniciou-se a construção do Leprosário de Canafístula, com o patrocínio do Coronel Antônio Diogo. Antes da Colônia os lázaros viviam aldeados no Arraial Moura Brasil, na zona leste-oeste de Fortaleza, na residência de João Augusto de Souza e muitos doentes pediam esmolas nas ruas de Fortaleza (FEITOSA, 2008).

A Comissão de Profilaxia da Lepra é criada em 1915, considerado o primeiro passo efetivo, colocando a doença na agenda pública, pois antes, as ações estavam voltadas somente para as grandes endemias. Era representada pela Academia Nacional de Medicina, Sociedade Brasileira de Dermatologia ou Associação Médico-Cirúrgico. No início do século XX, já existiam duas grandes instituições de pesquisa em saúde – o Instituto Bacteriológico de São Paulo (criado em 1892 e dirigido por Adolfo Lutz) e o Instituto Soroterápico Federal no Rio de Janeiro (criado em 1900, e em 1902 dirigido por Oswaldo Cruz) o que mudaria a visão da medicina e do panorama da saúde (MACIEL; FERREIRA, 2014; QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

**Quadro 1 – Instituições de asilos e hospitais que abrigavam e excluíaam da sociedade as pessoas acometidas por hanseníase**

1714	Asilo de Lázaros, em Recife. Posteriormente, Hospital dos Lázaros em 1789. Funcionou até 1941 – Santa Casa
1741	No Rio de Janeiro, o Capitão General Gomes Freire de Andrade, Conde de Bobadella e Governador mandou construir um asilo na antiga Igreja de Nossa Senhora e as primeiras habitações para recolher os leprosos, construídos e mantidos por ele até sua morte.
1763	O asilo se tornou Hospital dos Lázaros de São Cristóvão, e hoje é o Hospital Frei Antônio.
1787	A Bahia era uma dos grandes focos, neste período de 1789 calculavam-se cerca de 3.000 doentes. O Hospital de São Cristóvão dos Lázaros, na Quinta jesuítas, em Salvador, prestando serviços até 1947. Também sem apoio da coroa
1805	Hospital dos Morféticos, SP. Criado pela Santa Casa de Misericórdia, e, Olaria, que funcionou até 1905.
1806	Hospital dos Morféticos, SP, em Itu, funcionando por 125 anos.
1815	Hospícios dos Lázaros (asilo de Tocunduba), em Belém. Funcionou até 1938. Beneficiava toda a região Norte.
1816	Hospital dos Lázaros – Hospital de São João dos Lázaros, Cuiabá.
1826	Iniciaram as construções de aldeias de leprosos como a de São Bento, Viana e Anajatuba. O 1º asilo foi fundado em 1833, transformado em 1869 em Asilo do Gavião, São Luís, MA
1863	Hospital dos Lázaros de Guapira, SP.
1883	Asilo na cidade de Sabará, MG. Administrado pela Santa Casa de Misericórdia
1927	Leprosário de Canafístula, CE. Posteriormente, Colônia Antônio Diogo.

Fonte: Coletado de: MACIEL; FERREIRA, 2014; AGRÍCOLA, 1960.

Com os estudos avançando, e as descobertas dos medicamentos, após 76 anos é que vai existir a Dapsona. A introdução da sulfona para o tratamento da hanseníase ocorreu de modo experimental (MACIEL; FERREIRA, 2014; MACIEL, 2007; OPROMOLLA, 1972). Em 1949, a eficácia da Dapsona (sulfona) é comprovada, e introduzida no Brasil na década de 50. Em 1960, a Clofazimina e na década de 70 a Rifampicina. No início dos anos 80, a introdução da poliquimioterapia (drogas bactericidas e bacteriostáticas), e o esquema ROM – Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina, com a finalidade de evitar as resistências e diminuir o tempo de tratamento (MACIEL; FERREIRA, 2014; FEITOSA, 2008).

O fim do isolamento compulsório é instituído em 1962, e somente em 1976 a portaria 165 recomenda o tratamento ambulatorial. Tem-se uma concepção de medicina preventiva e comunitária, importada por John Hopkins University, com uma

visão de “sanitarista moderno”. Foi neste período em que o Brasil substituiu o termo lepra por hanseníase, com o propósito de minimizar a importância do problema, mas de certo modo, teve contribuição para diminuir o preconceito e o estigma que cerca a doença. Em 1978, é lançado o Manual de Prevenção e Tratamento de Incapacidades Físicas e o Guia de Controle da Hanseníase (QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

Com a desativação das colônias, muitos pacientes dos leprosários, não conseguiram se ressocializar na sociedade. Muitos laços familiares foram desfeitos, pais separados de seus filhos e que até hoje perderam o contato. E a partir de então, o Ministério da Saúde, adequava o programa da hanseníase às recomendações da Organização Mundial de Saúde (FEITOSA, 2008; MACIEL; FERREIRA, 2014; QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

E desde então, há sempre publicações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde para a intensificação nas ações de eliminação e controle da doença. E o que se observa após séculos de estudos, pesquisas, intervenções e tentativas, é que a hanseníase permanece uma doença de cunho desafiador para as políticas de saúde pública, para os profissionais de saúde, incluindo os da Estratégia Saúde da Família, que é considerada recente sua atuação nesta área, pois existe há pouco mais de duas décadas. Necessidade de atualizações na prática, modificações na rotina do serviço para atender-se a esta demanda que em alguns locais deveriam ter prioridade devido ao acometimento maior em determinadas comunidades. E, portanto, ter este olhar voltado para a busca ativa destes pacientes e seus contatos. O maior desafio pressupõe-se, ser aos estigmas e discriminação tanto pelo doente, como por seus familiares, e quiçá pelos profissionais; e a falta de capacitação dos profissionais para o atendimento destes pacientes e de seus familiares.

## 2.2 HANSENÍASE: ASPECTOS CLÍNICOS E OPERACIONAIS

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae* que acomete a pele e os nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. É, considerada, um grave problema de saúde pública, negligenciada e estigmatizante. Por ser uma doença transmissível e incapacitante, conta com a necessidade de capacitação, envolvimento e comprometimento dos profissionais para que ocorra um diagnóstico e tratamento

precoce e oportuno, a fim de evitar a transmissão, minimizar as deformidades e sequelas no paciente reduzindo sua carga psicológica, física, bem como os estigmas e preconceitos. (BRASIL, 2017; OMS 2000; OMS, 2016; BRITTON; LOCKWOOD, 2004; OPROMOLLA, 2002).

Antes da descoberta do *M. leprae*, acreditava-se que tinha caráter hereditário. Entretanto, o que acontece com os indivíduos que são expostos aos bacilos é que ocorre influência de fatores genéticos do hospedeiro, devido a resposta imunológica, considerada de fundamental importância, a vacinação com a BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), os fatores ambientais, o estado nutricional, bem como a taxa de exposição ao *M. leprae*. É uma doença de alta infectividade e baixa patogenicidade, onde 95% das pessoas infectadas não adoecerão (MENDONÇA, et al., 2008; GELUK; DUTHIE; SPENCER, 2011).

A hanseníase quando não tratada na forma inicial, quase sempre evolui, tornando-se transmissível. Podendo atingir qualquer sexo ou idade, inclusive crianças e idosos. A evolução é lenta, variando de 2 a 5 anos. A transmissão acontece pelas vias respiratórias (pelo ar). A maioria das pessoas que entram em contato com o bacilo não adoecem. E já se sabe que há uma influência genética, e, portanto, familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer (BRASIL, 2017; LOCKWOOD, 2004; BRITTON; LOCKWOOD, 2004).

O atendimento aos casos de hanseníase pelos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família, da Atenção Básica, é norteado por Guias e Manuais do Ministério da Saúde, e que tem como base principal as publicações e orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), visando um atendimento padronizado aos pacientes com hanseníase, com o intuito de reduzir a carga da doença. Periodicamente são produzidas diretrizes com a finalidade de vigilância, assistência e procedimentos, visando à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2016).

### **2.2.1 Definição de caso**

Brasil (2016, p.6) define caso de hanseníase a pessoa que apresente um ou mais dos seguintes sinais cardinais:

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

E Brasil (2017, p. 09) acrescenta:

Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber; Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pelos localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.

Podendo ser observado também (BRASIL, 2017, p. 09):

Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos; Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras; Edema de mãos e pés com cianose (arroxeamento dos dedos) e ressecamento da pele; Febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito; Aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores); Entupimento, feridas e ressecamento do nariz; Ressecamento e sensação de areia nos olhos.

A notificação da hanseníase é compulsória e a investigação obrigatória. Os casos devem ser notificados utilizando a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). E o tratamento com poliquimioterapia (PQT) deve ser iniciado (BRASIL, 2016; GELUK; DUTHIE; SPENCER, 2011).

Em Fortaleza, Ceará a farmácia só inicia a liberação da PQT, seja paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB), com a xerox da notificação preenchida, juntamente com a prescrição do medicamento. As vias originais são enviadas para a CORES V, para que o tratamento do paciente venha posteriormente, assim como para que a notificação seja digitada no Sinan. Uma forma de se ter o controle da doença, através das notificações.

Para que ocorra o diagnóstico de hanseníase é basicamente clínico e epidemiológico, através da anamnese, exame geral e dermatoneurológico com a finalidade de identificação de lesões ou áreas de pele com alterações de sensibilidade

e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2017; BARRETO, 2014; LYON; GROSSI, 2014; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

A classificação que Brasil (2016) utiliza é a mesma da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) para a classificação operacional de caso de hanseníase, a qual se define o esquema de tratamento com a PQT, baseando-se nos números de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios: PB – casos com até cinco lesões de pele; MB – casos com mais de cinco lesões de pele (OPROMOLLA, 2000).

A baciloscopia quando disponível, se positiva, classifica o caso como MB, entretanto, se o resultado for negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e nem tampouco o torna obrigatoriamente a classificá-lo como PB. Dependerá do comprometimento neural; da extensão da lesão.

Porém, em alguns pacientes estas lesões não são tão visíveis, e podem ter lesões apenas nos nervos (e eles são classificados de forma neural pura), ou as lesões podem se tornar visíveis após o início do tratamento. E, portanto, o Brasil utiliza a classificação de Madri de 1953, ver quadro 2.

Os casos suspeitos de hanseníase com comprometimento neural sem lesão cutânea, por serem considerados mais difíceis de diagnóstico, devem ser referenciados para serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar. Brasil (p. 17, 2016) recomenda que:

[...] nesses serviços de saúde os indivíduos sejam novamente submetidos ao exame dermatoneurológico e a exames complementares que incluem a baciloscopia, a histopatologia (cutânea ou de nervo periférico sensitivo), os eletrofisiológicos e, se necessário, sejam submetidos a outros exames mais complexos para identificar o comprometimento cutâneo ou neural discreto, à avaliação por ortopedista, ao neurologista e a outros especialistas para diagnóstico diferencial de outras neuropatias periféricas [...]. Dessa forma, os casos que apresentarem mais de um nervo comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade nos respectivos territórios, a unidade de referência deverá tratar como MB, independentemente da situação de envolvimento cutâneo”.

Apesar de alguns hansenólogos discordarem desta classificação, ela até hoje permanece sendo utilizada pelo Ministério da Saúde e por muitos profissionais da área, e não foi alterada nos Congressos Internacionais (QUAGLIATO, 1959). Logo, são classificadas de acordo com suas formas e principais características, ver o quadro 2.

**Quadro 2 – Principais características da forma clínica da hanseníase**

Formas Clínicas		Características Principais
PAUCIBACILAR	Indeterminada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase inicial da doença, poderá evoluir para cura ou para outras formas e pode passar despercebida.</li> <li>- Mais comum em crianças e geralmente o contato é doente multibacilar intradomiciliar ainda não tratado.</li> <li>- Até 5 lesões, geralmente na face, tronco ou membros superiores.</li> <li>- As manchas são geralmente hipocrômicas com bordas mal definidas.</li> <li>- Áreas circunscritas da pele ou máculas com distúrbios de sensibilidade, anidrose ou hipoidrose.</li> <li>- Pode ocorrer alopecia local. Há perda de sensibilidade (hipoestesia ou anestesia) térmica e/ou dolorosa, mas a tátil (toque) geralmente está preservada.</li> <li>- Sem comprometimento de nervos.</li> <li>- Baciloscopia de linfa negativa. Teste de Mitsuda pode ser positivo ou negativo.</li> </ul>
	Tuberculóide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O sistema imune do paciente é competente para destruir os bacilos espontaneamente.</li> <li>- Tem um período de incubação de até 5 anos.</li> <li>- Até 5 lesões.</li> <li>- Manifesta-se, frequentemente, por uma placa (mancha elevada) totalmente anestésica ou por placas com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro.</li> <li>- Com perda de sensibilidade, quase sempre com anidrose e perda de pelos.</li> <li>- Menos frequente, mas pode acometer um único nervo com espessamento e perda total de sensibilidade em sua área de inervação. Pode ocorrer neurite (inflamação do nervo).</li> <li>- Baciloscopia de linfa negativa. Teste de Mitsuda fortemente positivo &gt;10 mm.</li> <li>- <u>Variedade de caso</u> – Hanseníase nodular na infância ocorre na maioria das vezes em crianças de 1 a 4 anos em formato de pápulas ou nódulos, pequenas, única ou em pequeno número. Observado em crianças com pais de hanseníase virchowiana. Quando elas regridem espontaneamente com 5 ou 6 meses, fica uma cicatriz na pele, deixando-as imune, pois nunca mais adoecem.</li> </ul>
MULTIBACILAR	Dimorfa - (Boderline)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Várias manchas na pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal definidas na periferia; ou múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à forma tuberculóide, mas com borda pouco definida.</li> <li>- Lesões na pele com tons ferruginosos, com centro claro.</li> <li>- Perda parcial a total de sensibilidade.</li> <li>- Comumente, com comprometimento assimétrico de nervos periféricos (ocorre em aproximadamente 70% dos casos), após longo período de incubação (cerca de 10 anos ou mais).</li> <li>- Baciloscopia de bordas infiltradas das lesões é positiva (das orelhas e cotovelos – pode ser negativo)</li> <li>- Quando ocorre reação hansênica é tipo 1.</li> <li>- Baciloscopia pode ser positiva ou negativa. Teste de Mitsuda positivo.</li> </ul>
	Virchowiana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É a forma mais contagiosa da doença.</li> <li>- Não tem manchas visíveis; a pele apresenta-se avermelhada, poros dilatados; podem ter pápulas e nódulos escuros, endurecidos e assintomáticos (hansenomas).</li> <li>- Se a doença estiver em estágio mais avançado – perda parcial ou total das sobrancelhas (madarose), cílios; devido a infiltração a pele da face é lisa; o nariz fica congestionado, podendo haver sangramentos; pés e mãos cianóticos e edemaciados; pele e olhos secos.</li> <li>- Sudorese diminuída ou ausente (exceto nas axilas e couro cabeludo).</li> <li>- Comumente com queixas de formigamentos, câimbras (pés e mãos); artralgia; dor testicular (nos jovens).</li> <li>- Os nervos periféricos são espessados bilateralmente, dificultando a comparação.</li> <li>- Baciloscopia de lobos de orelha e cotovelos – positivas.</li> <li>- Buscar alterações de sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) no território dos nervos (facial, ulnar, fibular, tibial), e em áreas frias do corpo, como cotovelos, joelhos, nádegas e pernas</li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2017).

Na revisão de literatura será discorrido ainda a avaliação dermatoneurológica, a avaliação do grau de incapacidade física, o tratamento, reação hansênica e ações de controle da hanseníase. A avaliação dermatoneurológico faz parte da avaliação clínica e auxilia na conduta para definir o diagnóstico da hanseníase. Há necessidade do atendimento multiprofissional para que complementem o atendimento dos profissionais.

Após o diagnóstico confirmado, há necessidade de realizar a avaliação do grau de incapacidade física com a finalidade de definir se há ou não comprometimento neural de alguma parte do corpo que possa estar afetada pelo *Mycobacterium leprae*. O tratamento será prescrito de acordo com a classificação PB ou MB, do Ministério da Saúde. A reação hansênica pode ocorrer antes, durante e após o tratamento para hanseníase. É mais comum na hanseníase MB, entretanto, pode ocorrer na PB (BARRETO, 2014; LYON; GROSSI, 2014; LOCKWOOD, 2004; OPROMOLLA, 2000; 2002).

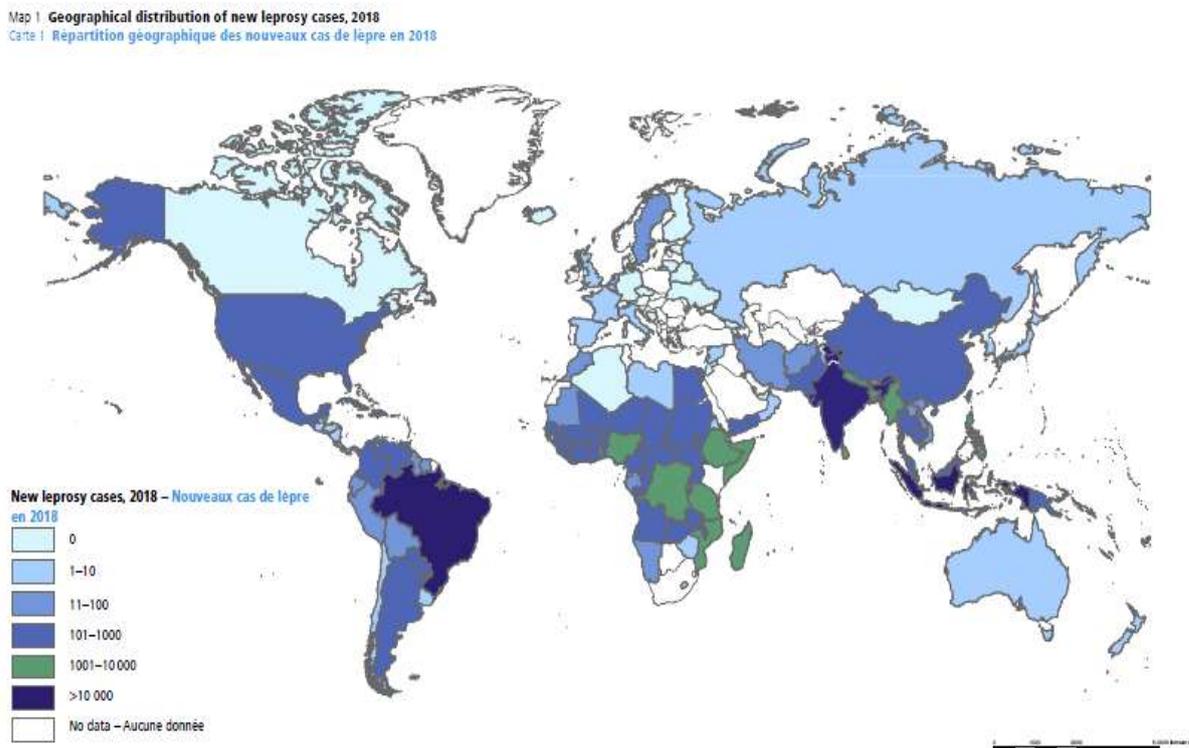
### 2.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE

A OMS anualmente coleta dados sobre a hanseníase entre os meses de abril e junho, utilizando as variáveis de prevalência da hanseníase (definida como o número de pacientes em tratamento em um determinado momento, geralmente em 31 de dezembro); casos novos notificados; conclusão do tratamento; e desde 2015 incluiu nesta análise o número de crianças com deformidades visíveis que definiremos como GIF 2, no momento do diagnóstico; número de pacientes e pais nascidos no exterior; e se quaisquer leis discriminatórias contra pessoas afetadas pela hanseníase estão presentes e promulgadas (OMS, 2015).

Dados estatísticos analisados de 2016 pela Organização Mundial de Saúde sobre hanseníase de 143 países de suas cinco regiões: África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Ásia Sul-Oriental e Pacífico Ocidental mostraram que 214.783 pacientes tiveram diagnósticos recentes e foram notificados, ou seja, casos novos da doença, correspondendo a uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100.000 habitantes (OMS, 2016). No mesmo período no Brasil, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100.000 habitantes, o que o torna um país com alta carga para a doença e o 2º país com maior número de casos novos registrados (BRASIL, 2018).

E em relatório recente da OMS (2019), referente à notificação de casos novos no mundo no ano de 2018, observaram uma leve redução de 1,2%, os quais foram notificados 208.619. Entretanto, houve aumento na taxa de detecção nas Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa e Pacífico Ocidental (figura 1). Países em que a OMS incentiva a busca ativa para detecção precoce dos casos de hanseníase, com a finalidade de reduzir a carga da doença até 2020. A Índia (120.334), o Brasil (28.660) e Indonésia (17.017) foram responsáveis por 79,6% destas notificações.

**Figura 1 - Distribuição geográfica de casos novos de Hanseníase no mundo, 2018**



Fonte: OMS, 2019

Segundo a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), em 2017, de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde foram notificados 210.671 casos novos da doença, vindos da Índia, Brasil, Indonésia, Bangladesh, República Democrática do Congo, Etiópia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigéria e Filipinas (SBH, 2019). Sendo o Brasil responsável por 12,76% dos casos, e a taxa de detecção ficando em 12,94/100.000 habitantes. Destes, 6,4% (1.718) são menores de 15 anos.

No Ceará, de acordo com o Boletim Epidemiológico de Hanseníase (CEARÁ, 2019), entre o período analisado de 2014 a 2018 tivemos 8.536 casos novos

notificados da doença. E Fortaleza, capital do Ceará, contribuiu com 30,4% destas notificações, sendo considerada importante epidemiologicamente para o controle desta endemia. O coeficiente de detecção geral em Fortaleza em 2014 era de 24,5/100.000 habitantes; e em 2018 estas taxas declinaram para 12,8/100.000 habitantes, uma redução de 47,7%, como pode ser visto na tabela 1 (CEARÁ, 2019). O Ceará encontra-se na 6ª posição no Brasil e a 4ª na região Nordeste.

**Tabela 1 – Número e coeficiente de detecção dos casos novos de hanseníase, Ceará e Fortaleza, 2014 a 2018\***

Ano	Casos novos do Ceará	Coeficiente de detecção geral do Ceará por 100 mil hab.	Parâmetro	Casos novos de Fortaleza	Coeficiente de detecção geral de Fortaleza por 100 mil hab.	Parâmetro
2014	2.031	22,9	Muito alto	631	24,5	Muito alto
2015	1.841	20,7	Muito alto	582	22,5	Muito alto
2016	1.697	19	Alto	561	21,6	Muito alto
2017	1.552	17,4	Alto	495	19	Alto
2018	1.414	15,9	Alto	332	12,8	Alto

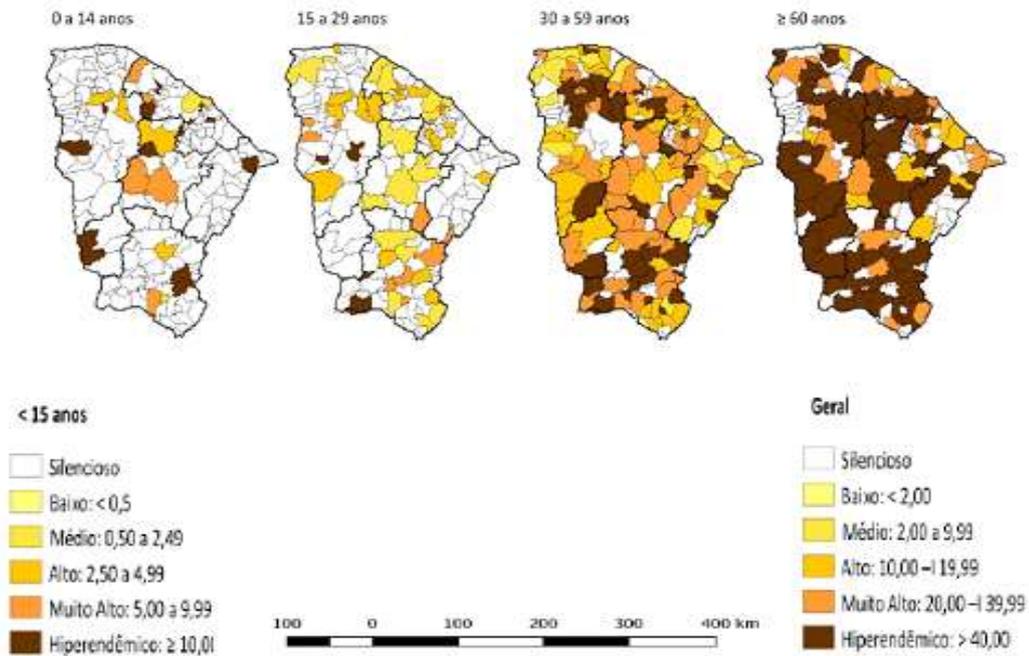
Fonte: SESA/COVIG/NUVEP – Sinan (CEARÁ, 2019).\*Dados sujeitos a alterações.

Vale ressaltar que a faixa etária de 60 anos ou mais, tem uma taxa de detecção que se sobrepõe às demais, onde a taxa média de detecção geral nesta faixa etária, ficou em 55,7/100 mil habitantes, tornando-a hiperendêmica, se comparado aos parâmetros do Ministério da Saúde. Houve predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias, com uma proporção média de 57,4% de casos novos em relação ao sexo feminino (CEARÁ, 2019).

Em relação à taxa de detecção na faixa etária de 0 a 14 anos, a taxa média neste período analisado ficou em torno de 3,9 por 100 mil habitantes, ainda considerada alta pelos parâmetros oficiais. E nos idosos, chama a atenção, pois na maior parte do estado sua situação é de hiperendemicidade, havendo nos municípios vizinhos silenciosos (CEARÁ, 2019).

Devemos voltar nosso olhar ainda mais para os idosos, pois em nossa área eles são os “cuidadores” dos netos, pois os pais estão trabalhando, havendo um risco alto de transmissão.

**Figura 2 – Distribuição espacial da taxa de detecção geral de hanseníase na população geral e menores de 15 anos, segundo faixa etária, Ceará, 2018\***



Fonte: SESA/COVIG/NUVEP – Sinan (CEARÁ, 2019). \*Dados sujeitos a alterações.

## 2.4 AÇÕES PARA REDUÇÃO DA CARGA DA HANSENÍASE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

“A HANSENIASE TEM CURA! Esta é uma das mais importantes e espetaculares manchetes do século XX. Pena tão poucas pessoas saberem disso, até mesmo a maioria dos atingidos, porque nem se apercebem doentes. É muito difícil eliminar a hanseníase. Mas temos de sonhar (só os seres humanos sonham!). Se a tarefa não fosse árdua, outros já teriam conseguido. Todos os feitos da humanidade nasceram de visionários e, com certeza, a utopia é produto do desejo de milhões de pessoas. A nossa geração tem o dever de realizar esse sonho porque possui a felicidade de contar com os meios necessários. Se a gente não fizer isso, tenho a impressão de que seremos culpados diante da História. Não podemos deixar para as gerações futuras esse fardo tão vergonhoso e cruel. A hanseníase tem cura, mas os medicamentos não agem sozinhos. Se não adicionarmos a cada comprimido uma dosezinha da nossa vontade, do nosso compromisso, do nosso amor, eles poderão não ser úteis ou até indesejáveis ou venenosos. Aliás, o amor ainda é o melhor remédio para todos os males do mundo desde que seja traduzido em trabalho, em humildade, em ética, em compromisso, em justiça... A hanseníase também se cura com amor. Com muito amor.” (Francisco Augusto Vieira Nunes (Bacurau) – Rio Branco - AC, 30 de abril de 1993).

A carta de Bacurau, apesar de ter sido escrita há 26 anos, encontra-se atualizada quando se observa a questão do conhecimento dos profissionais de saúde e da população em relação à hanseníase. Bem como, no controle da doença que

ainda não conseguimos. Precisamos nos apropriar, aprimorar, buscar e melhorar a atenção prestada a estes pacientes. Principalmente, se estamos em área considerada endêmica para a doença. Necessitamos de profissionais que se incomodem e busquem juntamente com sua equipe da estratégia saúde da família, formas de melhorar todas estas ações que envolvem a hanseníase. Os múltiplos saberes e deveres se somam para que possamos minimizar a carga da doença.

Os quadros 3 e 4 foram organizados com as ações de controle para redução da carga da hanseníase pela estratégia saúde da família (ESF).

### **Quadro 3 – Medidas de prevenção e controle da hanseníase – detecção precoce dos casos**

<b>DETECTAR PRECOCEMENTE CASOS</b>	
<b>Ação dos Profissionais</b>	<b>Como</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar sistematicamente os doentes;</li> <li>- Investigar os contatos;</li> <li>- Examinar as coletividades, com inquéritos e campanhas;</li> <li>- Examinar as pessoas que procuram o serviço espontaneamente por outros motivos;</li> <li>- Examinar grupos específicos, em prisões, quartéis, escolas e pessoas que procuram o serviço rotineiramente para suas consultas;</li> <li>- Mobilizar a comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta magnitude da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observando a presença de lesões dermatológicas e relatos do usuário sobre áreas com alteração de sensibilidade;</li> <li>- A descoberta é feita por detecção ativa e passiva;</li> <li>- Realizando o exame dermatoneurológico para o diagnóstico de hanseníase</li> </ul>
<b>Organização do Serviço e da comunidade</b>	<b>Como</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A população deve conhecer os sinais e sintomas da doença e estar informada de que a hanseníase tem cura mediante tratamento, e estar motivada a buscá-lo nas unidades de saúde de seu município;</li> <li>- As unidades de saúde devem ter seus serviços organizados para desenvolver as atividades da hanseníase, garantindo o acesso da população a eles;</li> <li>- Os profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da doença, ou seja, treinados para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase, como também para realizar ações de promoção da saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar através de palestras, cartazes e orientações;</li> <li>- Comunicação eficaz entre os profissionais das equipes;</li> <li>- Todos os profissionais que atuam no serviço deve ter o compromisso de fornecer as orientações corretas e necessárias ao usuário;</li> <li>- Educação permanente contínua para suprir as necessidades dos profissionais.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Brasil (2017); Brasil (2019); Oliveira (2014).

Dentre os fatores primordiais no controle da hanseníase está a busca de contato que possuem duas definições. Como contato domiciliar define-se:

Toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio

do caso. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, aqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele (BRASIL, p. 324, 2019).

Para a definição de contato social, considera sendo:

Toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado. Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado (BRASIL, p. 324, 2019).

#### **Quadro 4 – Medidas de prevenção e controle da hanseníase – Tratamento e investigação epidemiológica de contatos**

<b>GARANTIR TRATAMENTO ESPECÍFICO</b>	
- Diagnóstico correto; - Disponibilidade dos medicamentos em todas as Unidades Básicas de Saúde.	- Alta por cura após administração do número de doses preconizadas, de acordo com o esquema terapêutico.
<b>REALIZAR A INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CONTATOS</b>	
- Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase; - Exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional; - A avaliação dermatoneurológica deve ocorrer pelo menos uma (1) vez ao ano, por pelo menos cinco (5) anos de todos os contatos domiciliares e sociais; - Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB.	- Pais, irmãos, avós, netos, tios, pertencem ao grupo de maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no mesmo domicílio; - Para que a avaliação dos contatos ocorra, o caso notificado deve consentir. E o estabelecimento de estratégias de acolhimento e aconselhamento para prevenir situações que possam ocasionar diagnóstico tardio, estigma e preconceito é necessário; - As orientações para os contatos domiciliares e sociais, acerca dos sinais e sintomas, tornam-se imprescindíveis para que ocorra a detecção precoce no caso de adoecimento pela hanseníase.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017); Brasil (2019); Oliveira (2014).

A hanseníase é considerada uma doença negligenciada, e no Brasil em toda a sua história de política pública nesse controle, ela não é considerada prioridade, havendo períodos de negligência político-administrativa acerca das ações de controle da doença (OLIVEIRA, 2014). Lanza e Lana (2011, p. 240-241) corroboram com este pensamento em sua pesquisa desenvolvida em Minas Gerais ao constatarem que:

O acesso às ações de hanseníase na atenção primária é determinado pela priorização deste agravo na política municipal de saúde, pelo modelo em que é organizada essa assistência, [...], pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos na realização das ações de controle da doença, pela disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, pelo oferecimento do exame baciloscópico e pela

disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população.

Sabemos que a equipe da ESF é responsável pela comunidade adscrita e pelas ações de vigilância em saúde para a hanseníase. Todos os profissionais, envolvidos na ESF, devem estar aptos a fazer a busca ativa, saber identificar um caso suspeito, bem como, para quem deve ser encaminhado ou como deve ser conduzido o paciente com suspeita de hanseníase. Reduzindo assim, o itinerário que por ventura o paciente possa enfrentar e desistir no meio desta caminhada, proporcionando um atendimento precoce, a fim de se evitar a instalação de incapacidades visíveis, e consequentemente, reduzir a carga da doença e o estigma.

Para que um programa de hanseníase seja considerado eficiente, é primordial e essencial a capacitação dos profissionais, supervisão técnica regular e monitoramento dos indicadores chaves; os profissionais devem melhorar suas habilidades para as modificações, assim como o funcionamento dos serviços de saúde, sendo acessíveis a quem buscar atendimento. Deve haver detecção precoce, antes de incapacidade física visível, ou seja, GIF 2, evitando transmissão da doença e consequentemente os danos irreversíveis que a doença acarreta. Criança com hanseníase significa um indicador de casos novos MB não tratados (OMS, 2010; OMS, 2016; BRASIL, 2018).

É necessário diagnosticar os casos de hanseníase de acordo com os sinais clínicos; Curar proporcionando o tratamento completo com a PQT; Prevenir as incapacidades físicas e tratar as complicações; os registros de vigilância devem estar sempre atualizados e completos; incluir a participação da comunidade fornecendo informações corretas visando a diminuição dos casos de hanseníase; e intervir para reduzir o estigma e a discriminação (OMS, 2000; OMS 2010; OMS 2016). Estas são as diretrizes que a OMS preconiza para que o serviço seja considerado de qualidade.

A melhoria do acesso e a descentralização do serviço podem melhorar a detecção precoce, desde que os profissionais estejam capacitados, realizarem a busca ativa e a investigação de casos suspeitos.

No estudo realizado em Camaragibe, Pernambuco, por Souza, et al. (2011) em que o processo de descentralização deveria estar melhor em relação à implantação das ações e dos efeitos, pois à época eram quase vinte anos. Havia fragilidades como: “ausência de serviço de referência, baixa resolutividade da gestão, fragilidade no sistema de informações, precariedade das ações de vigilância

epidemiológica e de atividades educativas, e pouca articulação de parcerias com atores sociais e instituições” (SOUZA, et al., p. 821, 2011).

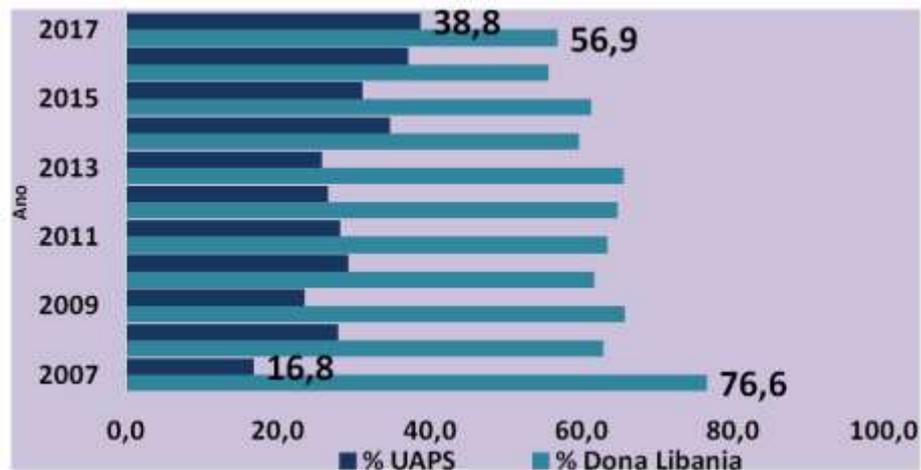
Em Fortaleza, há o serviço de referência atuante, inclusive como referência nacional em dermatologia. A descentralização ocorreu em 2006, com a ampliação das equipes da ESF. E, portanto, houve a necessidade de capacitação em hanseníase, mas nem todos participaram deste processo que ocorreu entre 2007 e 2009. Médicos e enfermeiros foram convidados a fazer curso de 40 horas entre teoria e prática no Centro de Referência Dermatológica da capital.

Atualmente, a Coordenação de Educação Permanente e de Programas Especiais (COEPPE) organiza juntamente com os técnicos responsáveis pelo programa de hanseníase, o processo de capacitações. Este processo iniciou em 2018 na CORES V, local de alta densidade para hanseníase, priorizando as UAPS silenciosas em hanseníase. Há a formação teórica e, posteriormente, a prática, ocorrendo na própria unidade de saúde. Os profissionais das UAPS com maior expertise na temática são os colaboradores.

Vimos que os avanços em relação ao diagnóstico e as estratégias de comunicação, inclusão social e diminuição do estigma obtivemos poucos avanços. Mas como está havendo um maior investimento em pesquisas e capacitações, pode haver mudança nesse cenário.

Podemos observar no decorrer destes treze (13) anos de ampliação das equipes da ESF, descentralização do atendimento e as capacitações, constatamos no gráfico 1 a modificação da detecção de casos novos na atenção básica de Fortaleza.

**Gráfico 1 – Percentual de casos novos atendidos no Centro de Referência e nas UAPS de Fortaleza, Ceará, período de 2007 a 2017**



Fonte: SMS/COVIS/SINANNET/CEVEPI. \*Dados sujeitos a modificações.

Apesar de estarmos bem abaixo dos casos novos detectados na rede secundária, observamos que o diagnóstico nas UAPS entre os anos de 2007 e 2017, mais que dobrou, demonstrando que vale a pena capacitar os profissionais para melhoria da assistência, como afirmam Moreno, Enders e Simpson (2008) em seu estudo acerca da educação permanente contínua e necessária em hanseníase.

Podemos fazer algumas ressalvas que podem ou não justificar este cenário. Há muitas equipes sem médicos, profissionais médicos não capacitados ou inseguros em fazer o diagnóstico em hanseníase, o trabalho em equipe desvalorizado, devido à necessidade de demonstrar produção nos atendimentos reduzindo a formação de grupos antes existentes. Educação em saúde não realizada e não estimulada para ampliação do conhecimento da comunidade.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Construir um plano de ações de controle da hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família da UAPS José Paracampos, no ano de 2019.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar perfil dos profissionais de saúde que atuam com o atendimento a pacientes com hanseníase;

Capacitar enfermeiro/as e médicos/a para avaliação dermatoneurológica e avaliação do grau de incapacidade física;

Aplicar junto aos Agentes Comunitários de Saúde o instrumento de busca ativa de pacientes com suspeita de hanseníase em suas visitas domiciliares;

Identificar estratégias utilizadas na Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família para busca ativa ou diagnóstico precoce de casos de hanseníase.

## 4 METODOLOGIA

“O Homem como um ser inconcluso, consciente de sua inconclusão, e seu permanente movimento de busca do ser mais”.

(Paulo Freire)

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, considerada para Minayo e Sanches (1993, p. 239) como uma metodologia que procura: “enfocar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a “fala” como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais”.

Utilizaremos a abordagem exploratória, que para Gil (1999), tem a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, propiciando uma visão geral e aproximação do fato em estudo. Para este fim utilizaremos a pesquisa-ação.

A pesquisa-ação há pouco mais de setenta anos surgiu nos Estados Unidos, tendo como precursor Kurt Lewin. Posteriormente, teve sua utilização em Ciências Sociais e foi ampliada para o desenvolvimento de pesquisas em outras áreas. Tem como finalidade a produção do conhecimento, respostas aos problemas vivenciados com maior eficiência, além de contar com a expectativa de mudança ao agir (TANAJURA e BEZERRA, 2015), apesar de haver discussões acerca desta informação.

O seu desenvolvimento envolve o pesquisador e os pesquisados, onde os sujeitos tem que se implicar e agir, com o intuito de melhorar e modificar a prática por meio da ação. É inovadora, contínua, proativa, participativa, intervencionista e problematizadora (BARBIER, 2007; TRIPP, 2005), de forma cooperativa (THIOLLENT, 1985). Para Thiollent (2011, p. 62), a formulação do problema é colocada da seguinte forma:

[...] i) análise e delimitação da situação inicial; ii) delineamento da situação final, em função dos critérios de desejabilidade e de factibilidade; iii) identificação de todos os problemas a serem resolvidos para permitir a passagem do primeiro ao segundo; iv) planejamento das ações correspondentes; v) execução e avaliação das ações.

Para que isto ocorresse, a técnica de coleta utilizada com o grupo dos ACS (GR 2) foi o Círculo de Cultura. Considerado uma metodologia ativa, sistematizado por Paulo Freire na década de 60, com a educação para adultos. Com o intuito de propiciar “debates de grupo, ora em busca do esclarecimento de situações, ora em busca de ação mesma, decorrente do esclarecimento das situações” (FREIRE, 1991, p. 103). Neste momento acontece a participação, a problematização acerca do tema a ser desenvolvido e como consequência ocorre a transformação, a criticidade, o envolvimento. Para Dantas et al. (2012), Dantas (2009) e Freire (1996), esta prática fortalece os sujeitos populares como atores sociais, que produzem novos saberes e contribuem para a inclusão social, a promoção da vida. Pressupondo estes atores como protagonistas das práticas potencializando sua autonomia na “construção de diálogos e escutas” para a promoção da saúde como direito destes cidadãos e cidadãs fortalecendo sua prática no campo da saúde coletiva. Neste encontro foi convidado um animador para facilitar o andamento desta atividade.

E para os demais profissionais (GR 1 e GR 3) realizamos oficinas, com a finalidade de estimular a problematização com a troca de saberes, informações, experiências, reflexões para que aconteça a ação. De acordo com Candau (1995), a oficina proporciona esta vivência da troca de conhecimento e experiências, a análise da realidade. Proporcionando o fortalecimento dos profissionais para uma postura coletiva e singular. E para Araújo et al. (2011, p. 121) esta proposta metodológica se torna:

Problematizadora e significativa, caracterizada como facilitadora do diálogo, da conversação, socialização de ideias, liberdade de expressão [...] promovendo a comunicação, mobilizando o potencial criativo dos participantes para ressignificar conceitos, valores, pensar estratégias de intervenção, além de contribuir para a análise e contemplação de elementos subjetivos da experiência vivida.

Com este movimento espera-se que haja o fortalecimento do SUS, através da melhoria dos serviços. Além da produção do conhecimento e desenvolver compartilhamento das práticas do cuidado e da gestão em saúde. Foi desafiador, pois, há algum tempo, perdeu-se este espaço na presente Unidade de Saúde. Mas de grande valor tanto para a pesquisadora, quanto para os participantes que em alguns casos havia “esquecido” da prática.

## 4.2 CAMPO DE ESTUDO

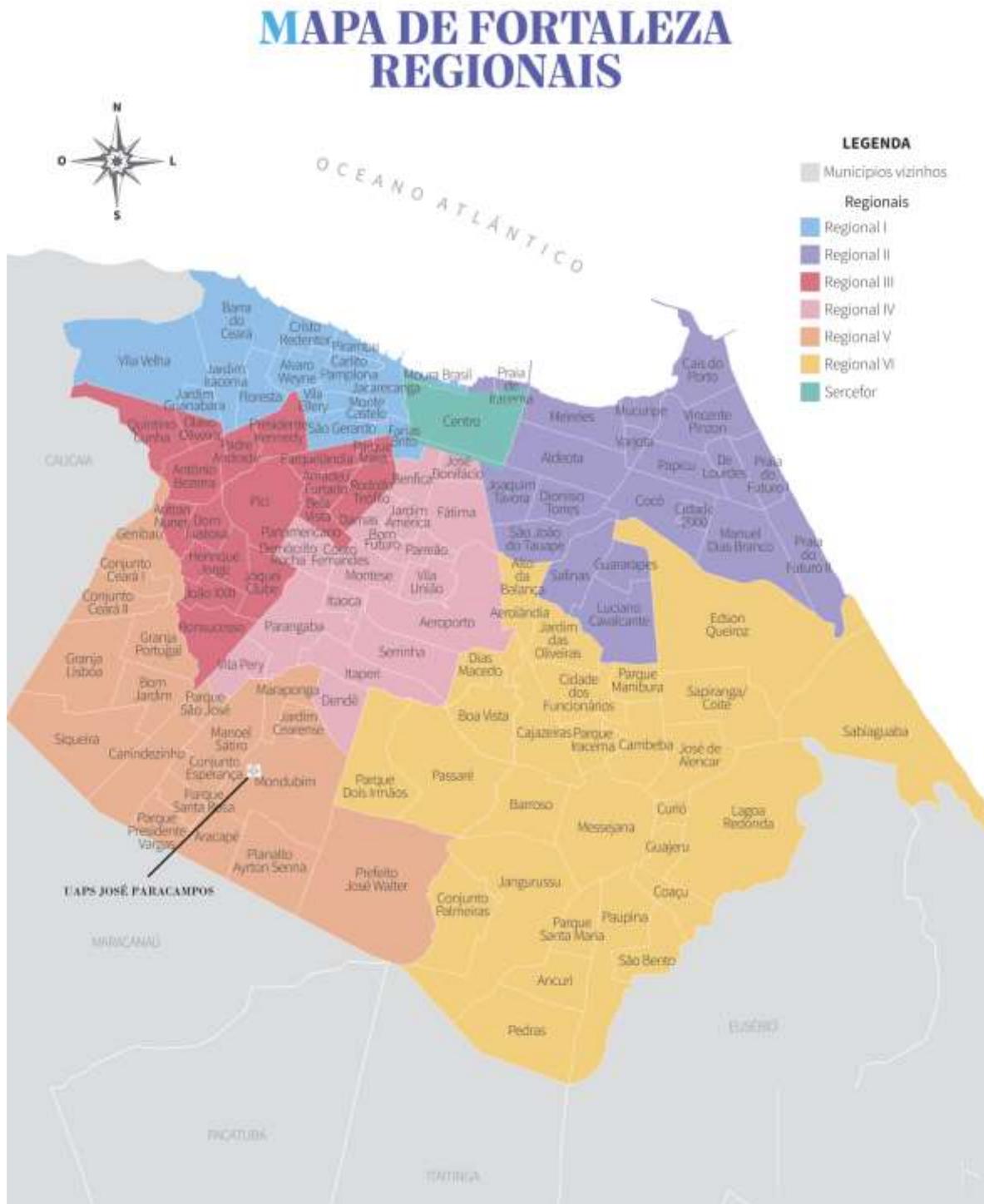
Fortaleza, capital do Ceará, é a quinta maior cidade do país, tem uma população no último censo em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística era de 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010). É a segunda cidade mais desigual do país, e é dividida em seis (06) Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). Fortaleza é considerada a terceira cidade com maior cobertura entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes e proporciona uma cobertura de 35% da população.

Na CORES V, onde se localiza a UAPS José Paracampos existem 25 UAPS, 04 Unidades de Pronto Atendimento, 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) AD e 01 CAPS Geral, 01 residência terapêutica e 02 Hospitais municipais com serviço de obstetrícia. Foi escolhida intencionalmente para o estudo porque é considerada de alta endemicidade para hanseníase, e é local de trabalho da pesquisadora. É composta de 113 equipes da ESF, sendo 61 equipes completas, 43 equipe de saúde bucal, 05 equipes NASF, contabilizamos 502 ACS e há 204 microáreas descobertas.

Esta Regional de Saúde constitui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) quando comparada com outras regionais e constituída por 590 mil habitantes, dezoito (18) bairros, 87,17 hab./km<sup>2</sup> (OLIVEIRA, 2015). Limite com Caucaia e Maracanaú Ver o mapa 1 com as seis (06) divisões das Coordenadorias Regionais de Saúde e a regional do Centro (administrativo).

Outra peculiaridade desta regional deve-se à distância para outros bairros e a violência armada, elevando os números de transferências de profissionais de saúde, ou a ausência deles.

**Mapa 1 – Divisões das seis (06) Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) e a do Centro, Fortaleza-CE, 2018**

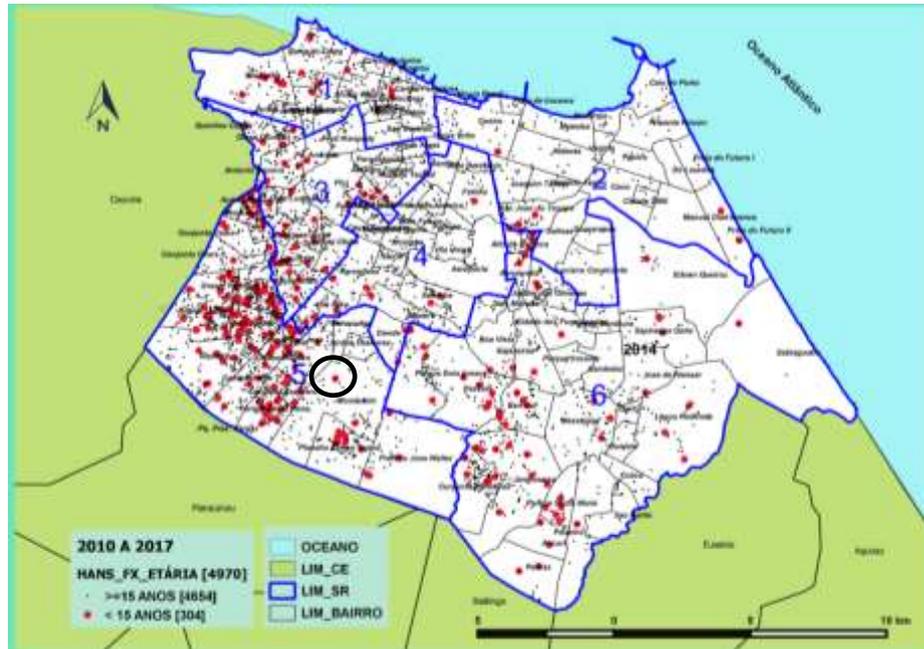


Fonte: Anuário Estatístico do Ceará 2018-<http://www.anuariodoceara.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Mapa-de-Fortaleza-Regionais.png>

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) os mapas a seguir demonstram a situação de Fortaleza quanto à distribuição dos casos

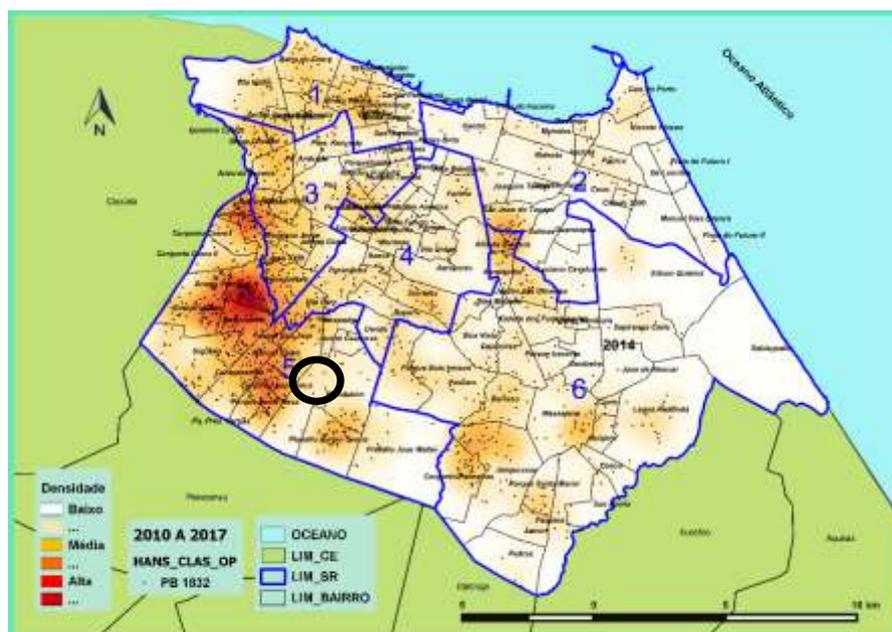
de hanseníase. Para isto, utilizaremos por faixa etária, classificação operacional PB e MB, respectivamente, nos Mapas 2, 3 e 4.

**Mapa 2 – Distribuição de casos de hanseníase por faixa etária, por regional no período de 2010 a 2017, em Fortaleza-CE**



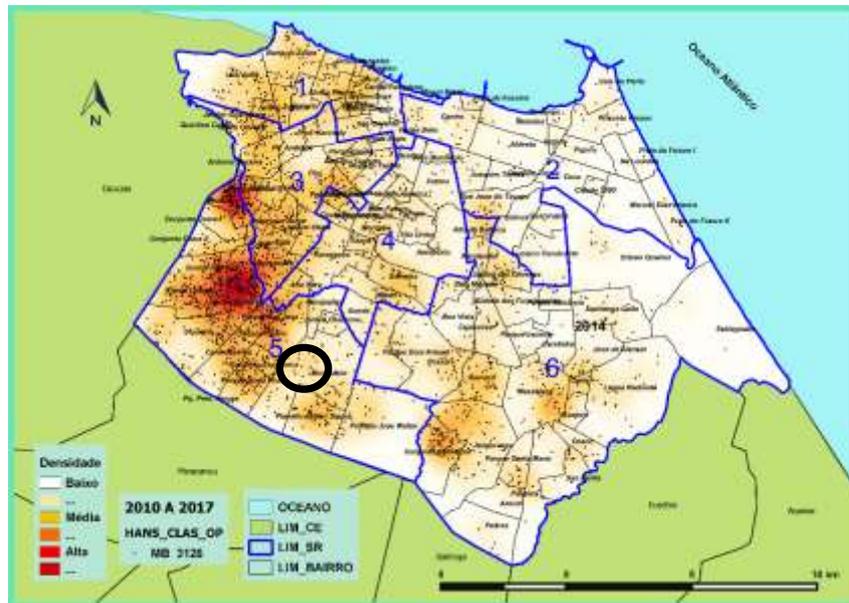
Fonte: SMS/Fortaleza/COVIS/CEVEPI/CIEVS/Sinan (\*Dados sujeitos a modificações).

**Mapa 3 – Distribuição e densidade espacial, Classificação Operacional Paucibacilar, por bairro, no período de 2010-2017, em Fortaleza-CE**



Fonte: SMS/Fortaleza/COVIS/CEVEPI/CIEVS/Sinan (\*Dados sujeitos a modificações).

**Mapa 4 – Distribuição e densidade espacial, Classificação Operacional Multibacilar, por bairro, no período de 2010-2017, em Fortaleza-CE**



Fonte: SMS/Fortaleza/COVIS/CEVEPI/CIEVS/Sinan (\*Dados sujeitos a modificações).

Observamos uma alta concentração de casos em menores de 15 anos na CORES V e uma distribuição menos densa nas CORES III, VI e I. O que denota a falta de detecção precoce dos casos novos de hanseníase MB.

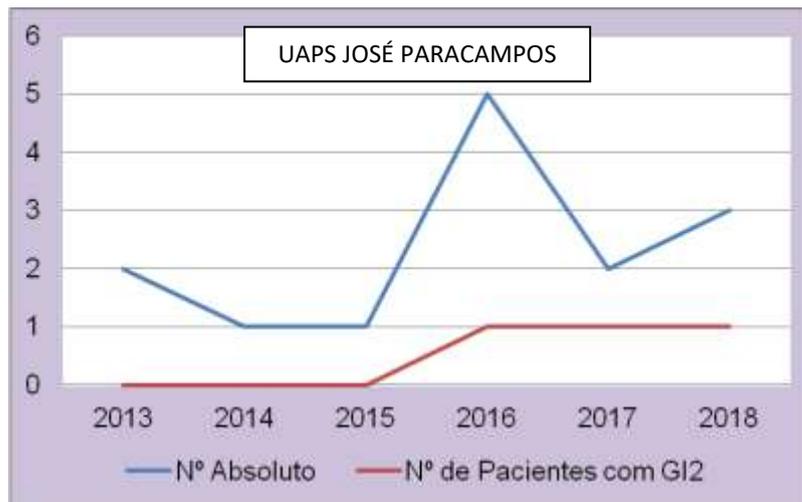
Observamos nos mapas 3 e 4 que há mais casos MB (3126) do que PB (1832), perfazendo uma porcentagem de 58,6% de casos MB; as áreas se assemelham na CORES V, demonstrando a correlação entre a transmissão dos casos MB. Pelos mapas, a UAPS José Paracampus situa-se em uma área de média densidade para hanseníase.

No gráfico 2, apresentamos esta situação entre julho de 2013 a Junho de 2018, de acordo com os casos de hanseníase acompanhados neste período pelas equipes da ESF, totalizando 14 pacientes. A população atual, segundo a folha de atesto da Unidade de Saúde é de 38.426 habitantes (Fonte: atesto jun/2018).

Podemos observar que dos 14 pacientes com diagnóstico entre 2013 e 2018, dez (10) pacientes eram MB e 03 com avaliação de GIF 2 no momento do diagnóstico; tivemos ainda neste período, uma criança PB registrada em 2018. A proporção de casos MB e PB dos últimos cinco anos está em torno 71%, pelo levantamento realizado anteriormente para justificar a pesquisa. O que nos coloca em situação de diagnóstico tardio.

Pode-se atentar que apesar de ser média a densidade, o diagnóstico tardio pode estar associado ao preconceito e desconhecimento por parte do paciente e de seus familiares, como também pela falta de busca ativa, detecção precoce e conhecimento por parte dos profissionais.

**Gráfico 2 – Situação da UAPS José Paracampos, em número de pacientes que realizaram tratamento e GIF2, 2013-2018, Fortaleza-CE**



Fonte: Elaborado pela autora (Fortaleza-CE, Julho/2018).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os profissionais convidados foram os profissionais das equipes da ESF. A UAPS possui cinco (05) equipes completas (Médicos (5), Enfermeiro/as (5), Cirurgiões-dentistas (5), Técnicos de Enfermagem (5), Auxiliar de Saúde Bucal (5) e os Agentes Comunitários de Saúde (30)); contamos ainda com os profissionais do NASF composto por (terapeuta ocupacional (1), psicóloga (1), educador físico (1) e fisioterapeuta (1)), totalizando 59 profissionais.

Para que este número de profissionais fosse significativo houve a necessidade da participação de todas as categorias: médica, enfermeira, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, NASF e ACS. No quadro 5 está descrito os critérios de inclusão e exclusão, bem como total de participantes que aceitaram participar do estudo, os quais foram 49 participantes, inicialmente e que responderam ao questionário. E ao final da pesquisa contabilizamos 36 participantes.

**Quadro 5 – Critérios de inclusão e exclusão**

ORGANIZAÇÃO	PARTICIPANTES	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
GRUPO 1 (GR 1)	Médicos/a (3)	Prestar assistência à comunidade na Unidade de Saúde ou atuar na Estratégia Saúde da Família	*Licença; *Férias; *Está de atestado *Recusar
	Enfermeiras/o (5)		
GRUPO 2 (GR 2)	Agentes Comunitários de Saúde (26)		
GRUPO 3 (GR 3)	NASF (4)		
	Cirurgiões-dentista (3)		
	Técnicos de Enfermagem (5)		
	Auxiliar de Saúde Bucal (3)		

Fonte: Elaborado pela Autora

#### 4.4 DESENHO DO ESTUDO

Após aprovação pelo comitê de ética e todos os princípios obedecidos, foram realizados encontros com todos os profissionais, a fim de ocorrer a miniexposição acerca do processo da pesquisa-ação ao qual o projeto se propôs; demonstramos a situação da UAPS acerca dos problemas encontrados em hanseníase, para que os profissionais tivessem noção da problemática que envolve o serviço acerca da hanseníase, e para isto utilizamos o diagrama 1, que constitui as fases da pesquisa-ação e o quadro 6 onde expusemos a trajetória da pesquisa e o que cada profissional teria que realizar durante este período.

**Diagrama 1 – Etapas da pesquisa-ação segundo Thiollent**



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado da teoria de Thiollent, 2011.

Em seguida foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após concordância em participar do estudo, enviamos via e-mail o questionário auto-aplicado pelo *Google Forms* onde preencheram e devolveram.

Houve necessidade de adaptação dos questionários para as categorias profissionais após teste piloto, mantendo os questionários dos médicos e enfermeiros (APÊNDICE F), dos ACS (APÊNDICE G). E adaptamos para as demais categorias: NASF, Cirurgiões-dentistas (APÊNDICES H); Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Saúde Bucal (APÊNDICE I).

Após devolução via plataforma do *Google Forms* ocorreu a análise desses dados, para a organização dos encontros subsequentes, através das oficinas e do círculo de cultura, já descritas anteriormente. Houve necessidade de minixposições, nas oficinas dos grupos 01 e 03. Foram utilizados como referencial teórico e instrumentos norteadores: o Guia prático sobre a hanseníase, o Manual de Prevenção de Incapacidades, Guia de Vigilância em Saúde, Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional, do Ministério da Saúde, Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase e Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015, da Organização Mundial da Saúde; Portaria nº 3.125, 2010, Ministério da Saúde; Boletins Epidemiológicos da SESA-CE e SMS/SVS de Fortaleza, bem como os dados da Unidade de Saúde.

Os grupos foram trabalhados com o intuito de discutir estratégias de ações de controle da hanseníase, pois cada grupo desenvolveu ações para melhorar a busca ativa destes pacientes, além de ser considerado um transmissor de conhecimento, bem como a qualidade do atendimento a estes pacientes e seus familiares. Sempre com o intuito de reduzir a carga da doença (ver quadro 6).

Grupo 1 (GR 1) – Médicos e Enfermeiros. Profissionais responsáveis pelo diagnóstico e busca ativa; exames dermatoneurológico de contato (Apêndice M) e caso suspeito, avaliação do grau de incapacidade física, bem como a prevenção de incapacidade física por reação hansênica.

Grupo 2 (GR 2) – ACS. Busca ativa de contatos nas visitas domiciliares utilizando um instrumento criado pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo B); utilização do georreferenciamento local dos casos de hanseníase (nos últimos 10 anos); identificação de casos suspeitos na área e encaminhamento para avaliação, utilizando o instrumento de busca ativa (Apêndice N); educação em saúde na comunidade.

**Quadro 6 – Processo de pesquisa-ação na UAPS José Paracampos, Mai-Ago, 2019, Fortaleza-CE**

	O que/Quando	Objetivos/Técnica	Quando? Com quem?
1º Momento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do projeto de pesquisa a ser desenvolvido;</li> <li>• Falar e pensar em hanseníase;</li> <li>• Utilização dos dados epidemiológicos da UAPS José Paracampos quanto aos dados identificados.</li> </ul>	1. Caracterizar perfil dos profissionais de saúde que atuam com o atendimento a pacientes com hanseníase  <u>Mini-exposição dialogada</u> Estudo documental	Entre 31 de maio e 12 de junho Gr1, Gr2, Gr3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega do TCLE.</li> <li>• Após assinatura, entrega do questionário acerca do levantamento dos dados.</li> </ul>	<u>Envio do questionário auto-aplicado</u>	
2º Momento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da coleta de dados – questionários;</li> <li>• Levantamento dos dados obtidos dos questionários quanto aos conhecimentos prévios, dúvidas e déficits para cada categoria.</li> <li>• Planejamento das oficinas e do círculo de cultura.</li> </ul>	1. Caracterizar perfil dos profissionais de saúde que atuam com o atendimento a pacientes com hanseníase  <u>Análise dos questionários e preparo do material para as oficinas e círculo de cultura.</u>	Entre 13 e 25 de junho
3º e 4º Momento	Neste encontro foram:	<u>Oficinas</u>	05, 12 e 19 de julho
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutidos os problemas identificados através da avaliação/análise dos questionários, retirando as dúvidas e déficits - utilizando os guias e manuais do MS e da OMS;</li> <li>• Planejamento das atividades das ações de controle da Hanseníase a serem desenvolvidas para o período de 03 a 28 de junho/2019.</li> </ul>	2. Capacitar enfermeiro/as e médicos/a para avaliação dermatoneurológica e avaliação do grau de incapacidade  <u>Círculo de Cultura</u> 3. Aplicar junto aos ACS o instrumento de busca ativa de pacientes com hanseníase em suas visitas domiciliares	
5º Momento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Execução do plano de ação – com apoio teórico</li> </ul>	Objetivos 2 e 3 <u>Teórico-prático</u>	De 03 a 26 de julho
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das ações realizadas no período;</li> <li>• Re-planejar as ações não alcançadas ou alcançadas parcialmente;</li> <li>• Discutir dúvidas advindas da prática;</li> <li>• Permanecer executando as ações conquistadas.</li> </ul>	Objetivo 2	19, 26 de julho. Suporte até 14 de agosto.
		Objetivo 3	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Execução do replanejamento do plano de ação.</li> </ul>	<u>Teórico-prático</u>	Ajustes
Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das ações executadas;</li> <li>• Permanecer executando e aprimorando as ações conquistadas.</li> </ul>	<u>Avaliação final</u> <b>OBJETIVO GERAL:</b> Construir junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família da UAPS José Paracampos um plano de ações de controle da Hanseníase, no ano de 2019.	19 e 26 de julho de 2019

Fonte: Elaborado pela autora

Grupo 3 (GR 3) – Cirurgiões-dentistas, profissionais do NASF, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e os Técnicos de Enfermagem. Realização na rotina de trabalho a busca ativa de pacientes durante os procedimentos executados. Seja com a pergunta “você já observou alguma mancha em seu corpo?”, ou através da

observação da pele expostas (face, pescoço, membros superiores ou membros inferiores).

#### 4.5 MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O método de coleta ocorreu através dos questionários auto-aplicado que foram enviados, preenchidos e devolvidos por e-mail, utilizando planilha *Google forms* (conforme já descrito anteriormente); gravações em áudio e vídeo durante as oficinas e círculo de cultura; registro em diário de campo e material produzido que foram trabalhados utilizando a técnica de análise de conteúdo, considerado por Minayo (2013) uma técnica qualitativa, que visa a interpretação do material adquirido.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo possui três fases: a) a pré-análise; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A qual classifica a pré-análise como (BARDIN, 1977, p. 95):

[...] fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao ordenador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso.

Esta fase é primordial para a condução do desenvolvimento das operações sucessivas. Ela tem como missão: escolha dos documentos, formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Ocorre na pré-análise a leitura flutuante, escolha dos documentos, onde sugerem como principais regras as: da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência; a formulação das hipóteses e dos objetivos, a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (ocorrendo neste momento o recorte dos textos) para comparações e agrupamentos em categorização e codificação para registros de dados e a preparação do material.

Quanto à exploração do material, Bardin (1977, p. 101) explica que:

Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas pelo ordenador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente.

No que se refere ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação final, Bardin (1977, p. 119) considera a categorização como forma de organizar os dados obtidos de forma estrutural para melhor interpretação dos dados.

A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo (da mesma maneira que a análise documental), fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos [...]. A análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização (passagem de dados brutos a dados organizados) não introduz desvios (por excesso ou por recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados brutos. Isto talvez seja abusar da confiança que se pode ter no bom funcionamento deste delicado instrumento.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), após cadastramento na Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), em 08 de fevereiro de 2019. Sendo aprovado em 28 de maio de 2019, sob o número do parecer: 3.353.424.

Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) APÊNDICE A. O sigilo da identificação dos participantes está mantido e os dados da pesquisa utilizados somente para fins científicos.

## 5 O CAMINHAR DA PESQUISA-AÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

De acordo com a teoria de Thiollent (2011) a primeira fase constituiu a análise e delimitação da situação inicial (Diagrama 2). Este momento ocorreu ao fazer uma avaliação geral e análise prévia da situação epidemiológica dos casos e das ações de controle em hanseníase da UAPS estudada, dos últimos cinco anos.

Fez parte desta primeira fase a apresentação dos problemas identificados e a pesquisa-ação, após a aprovação do comitê de ética. Aceitação e assinatura do TCLE e devolução do questionário auto-aplicado.

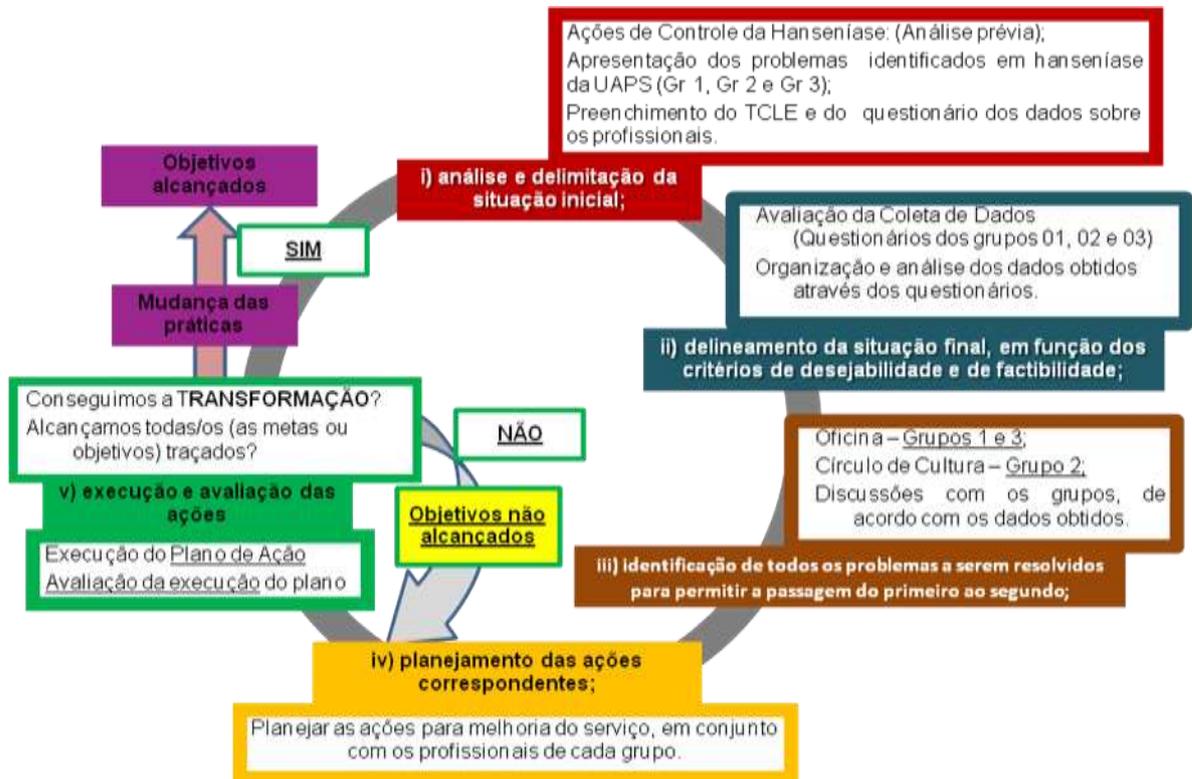
A segunda fase ocorreu com os resultados dos questionários, os quais foram analisados, organizados, identificados os problemas e elencadas as necessidades de cada grupo para o encontro seguinte, com a finalidade de alcançar os objetivos traçados nesse estudo (Diagrama 2).

As oficinas foram organizadas tendo como base a avaliação do produto das respostas do questionário. E para tanto, utilizamos como orientação os manuais, guias e decretos do Ministério da Saúde que são indicados para a atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. Priorizando os dados analisados considerados de extrema importância para assistência ao paciente, para detecção precoce e ao acompanhamento do paciente com diagnóstico de hanseníase.

A terceira fase está intrinsecamente ligada à quarta também, onde ocorreram as oficinas dialogadas com discussões, círculo de cultura, planejamento, seguido da prática. Para os grupos 1 e 3 foram organizadas minixposições específicas para cada grupo, com suas necessidades, pois na avaliação do questionário auto-aplicado as dificuldades e dúvidas eram semelhantes, entre eles. Em seguida abriu-se espaço para discussão e o planejamento das ações a serem executadas. Para o grupo 2 realizamos o círculo de cultura com a presença de uma animadora com domínio desta prática, ocorrendo as discussões das percepções e das necessidades do grupo acerca da temática, bem como o planejamento das ações.

A quinta fase, ocorre simultaneamente às práticas, pois precisaram de ajustes a cada atividade, onde houve combinações, interações, sugestões. E, para o encerramento da pesquisa realizamos uma avaliação final das práticas e aprendizados, utilizando tarjetas do antes e depois da pesquisa, como era o seu olhar para a hanseníase e como está. Após a leitura, solicitei sugestões de melhoria para o serviço e para os profissionais.

**Diagrama 2 – Etapas da pesquisa-ação em hanseníase, na UAPS José Paracampos, Fortaleza Mai/2019**



Fonte: adaptado da teoria de Thiollent, 2011

## 5.1 OS ENCONTROS DA PESQUISA-AÇÃO

Após a qualificação ocorrida em dezembro de 2018 e aprovação pelo comitê de ética em maio de 2019, a pesquisa deu continuidade com o convite aos profissionais através de ligação, por whatsapp e aviso no flanelógrafo da gerência da Unidade de Saúde.

Este primeiro encontro dos profissionais com a pesquisa, foi considerada de extrema importância para a sensibilização. Foi composta pela exposição dos dados epidemiológicos e situacional da Unidade de Saúde, através de Power point, com auxílio de projetor (Foto 1), na própria sala de reunião onde demonstramos para todos os participantes convidados: a contextualização da hanseníase; a análise da situação epidemiológica dos casos de hanseníase no Ceará, em Fortaleza e na UAPS. Incentivando sempre a participação dos profissionais para interagir com as informações transmitidas e os significados daqueles dados.

**Foto 1 – Iniciando a apresentação da pesquisa-ação na UAPS José Paracampos, maio de 2019**



Fonte: Arquivo da autora, pesquisa-ação em hanseníase, Mai-2019.

Começamos com as perguntas de pesquisa; objetivos geral e específicos; apresentação das etapas da pesquisa-ação, através do diagrama e do quadro explicativo, já demonstrado anteriormente na metodologia; concluímos a apresentação com a carta de Bacurau (descrita na página 29), com o intuito de ampliar seus olhares para a problemática da hanseníase, enquanto problema de saúde pública e conseqüentemente, nosso.

Os encontros ocorreram em cinco datas e horários distintos no período da manhã. O encontro com maior número de profissionais ocorreu dia 31 de maio de 2019, iniciando às 08:10, com a presença de vinte e três participantes (Fotos 1), o qual totalizou vinte e nove. Os outros dias foram 04, 05, 10 e 11 de junho de 2019 com mais vinte profissionais (Foto 2). Os demais profissionais não manifestaram interesse em participar, havia um de licença no período e outros não compareceram apesar de terem sido convidados três vezes e afirmaram que iriam, além, daqueles que estavam de férias. Quarenta e nove profissionais participaram e assinaram o TCLE, perfazendo um percentual de 84,5% do total de profissionais desta UAPS da ESF. Vale salientar que no TCLE está explicitada a divulgação de fotos para fins da pesquisa.

**Foto 2 – Apresentação da pesquisa-ação na UAPS José Paracampos**



Fonte: Arquivo da autora, pesquisa-ação em hanseníase, Mai-2019 e Jun-2019.

Neste momento houve uma resistência mínima de dois médicos, onde questionaram como participariam da pesquisa se as agendas são lotadas. Mas aceitaram por acharem relevante a pesquisa.

A dificuldade nesta fase inicial, bem como para as oficinas, ficou relacionado ao tempo disponível dos profissionais em parar suas tarefas e participar deste momento de imersão na problemática da pesquisa.

Em média as devoluções dos questionários ocorreram com cinco (5) dias. Alguns ACS necessitaram de ajuda para acessá-lo por desconhecer a plataforma, e para isto, contamos com a colaboração de um deles que nos ajudou para que seus colegas pudessem responder e fazer a devolução.

O projeto foi apresentado à gestão para justificar a necessidade dos profissionais remanejarem os pacientes. Decisão que foi acatada pelo gestor e no dia de uma das oficinas com o GR1 houve a necessidade e foi contemplado.

Descrevemos inicialmente os momentos das oficinas e círculo de cultura, com a construção do plano de ação. Em seguida organizada a análise de conteúdo dos dados obtidos tanto pelos questionários quanto pelas oficinas e círculo de cultura.

### 5.1.1 Oficina e prática com enfermeiras/o e médicos (GR1)

No terceiro e quarto passo da pesquisa-ação do GR1, estiveram presentes cinco profissionais, pois uma estava doente, outra não compareceu e um profissional com vínculo fragilizado saiu da Unidade de Saúde não participando deste momento da pesquisa-ação.

De acordo com BRASIL, em ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em saúde (2016, p. 50-51) a oficina é:

Um lugar de consertos, reparos, criatividade, descobertas, lugar de vida, trabalho, transformação, processo de montagem e de construção [...]  
 Em uma oficina, processo e produto integram-se em um processo reflexivo. [...] O processo de construção que se realiza por meio de oficinas tem várias características: é pluridimensional, criativo, coletivo, planejado e coordenado coletivamente [...] são trabalhadas as distintas dimensões do ser humano: o sentir, o pensar, o agir, a intuição e a razão, o gesto e a palavra intervêm e encontram uma nova síntese.  
 [...] precisa ser planejado previamente, de modo a favorecer uma construção coletiva de conhecimentos [...].  
 Para isso, será necessário buscar fontes [...] que contribuam para uma apropriação do saber historicamente acumulado e um aprofundamento teórico acerca da temática em questão; conseqüentemente, não se descarta que métodos expositivos ou intervenções de especialistas possam ser necessários em algum momento da oficina.

Nessa oficina, iniciamos com a mini-exposição utilizando Power point, os slides se constituíram de:

- a) Reflexão – Qual o significado da hanseníase/lepra? Qual o meu papel enquanto profissional da ESF no cuidado à pessoa acometida pela hanseníase? Ter um olhar ampliado para o paciente portador de hanseníase.
- b) Sobre a hanseníase – O que é hanseníase; modo de transmissão; como suspeitar de hanseníase; características e formas clínicas, com fotos; avaliação dermatoneurológica, diagnóstico clínico; Por que acontecem as incapacidades e deformidades? Prevenção e tratamento de incapacidades, quando devemos realizar a avaliação neurológica? Qual a importância da avaliação da prevenção de incapacidade? O que é

necessário para avaliação do grau de incapacidade? Conhecendo os fluxos.

**Foto 3 – Exposição do material necessário para as avaliações**



Fonte: Pesquisa-ação em hanseníase, Jul- 2019.

Foi exposto para que eles olhassem e perguntassem sobre o material a ser utilizado nas avaliações dermatoneurológica e prevenção de incapacidade física. Todos conheciam o estesiômetro, mas alguns tiveram dificuldades em saber qual usar primeiro. Para este momento, dispomos as cadeiras em formato de círculo, houve indagações e questionamentos durante a mini-exposição, demonstrando a necessidade de sempre ocorrer atualizações sobre o tema. Os mais abordados foi na hora da avaliação do grau de incapacidade física e palpação de nervos.

Alguns participantes demonstraram surpresa ou desconhecimento acerca de algumas atualizações. Principalmente, no que diz respeito ao acompanhamento dos contatos e acerca dos dados epidemiológicos.

**Foto 4 – Oficina com o GR1. Mini-exposição, debates e planejamento das ações**



Fonte: elaborado pela autora

Após a mini-exposição, foi realizada a pergunta norteadora para que eles refletissem suas práticas: “Como posso, enquanto profissional da ESF, contribuir para a busca ativa e diagnóstico precoce em hanseníase, reduzindo a carga da doença?”.

Foi entregue tarjetas e deveriam colocar sugestões e posteriormente falariam acerca do que foi escrito. O assunto de agenda lotada e demanda alta foi novamente comentado durante a discussão que se seguiu.

Para prosseguirmos, solicitamos as falas do que escreveram e fomos trabalhando em conjunto o que estava sendo colocado e precisava ser ainda esclarecido. Traçamos o plano de ação apêndice J.

Os momentos das práticas ocorreram em duas datas 12 e 19 de julho de 2019. Neste dia, vieram pacientes encaminhados pelos ACS (Pacientes que realizaram tratamento, contatos adultos e crianças). No dia 26, não compareceu paciente com mancha suspeita ou contato.

Os pacientes e contatos que compareceram no dia 12 foram os dos casos 1 e 2. No dia 19 vieram dois casos suspeitos, mas na avaliação, sem indicativo de mancha para hanseníase; e criança de 10 anos, contato de hanseníase MB.

**Foto 5 – Treinamento e avaliação de contato de paciente de hanseníase**



Fonte: elaborado pela autora

Após acordar as datas e horários, foi visto com a coordenação a necessidade de reagendar pacientes de um dos profissionais. Os demais, não estavam com paciente agendado. Havia ainda, os profissionais que estavam no acolhimento, então foi colocado para alguns pacientes chegarem às oito horas e outros às dez. Para esta oficina de prática do dia doze compareceram três enfermeiro/as, dois médicos, fisioterapeuta do NASF e a orientadora (médica) desta pesquisa.

Este momento da prática foi um momento enriquecedor de informações e de práticas em equipe multiprofissional. Conseguimos utilizar a ficha de avaliação de contato, tornando-se eficiente e prática para tal função. Com os contatos realizamos a avaliação dermatoneurológica, as orientações relativas aos sinais e sintomas da hanseníase; que deveriam retornar anualmente... (neste momento, houve interrupção da paciente (contato) D. Z.) Ela disse que ao ser avaliada ano passado não foi informada que tinha que retornar anualmente para avaliação, e, tampouco que durante

cinco anos precisava fazer esta avaliação. E que a avaliação que estávamos realizando era “diferente”, pois na avaliação anterior não haviam olhado a pele toda.

Ao sair, discutimos esta informação questionada por ela, visto que a importância da avaliação do contato é, justamente, olhar, observar toda a pele do paciente, procurando alterações na coloração e presença de mancha, além da avaliação dos nervos periféricos.

O outro contato deste mesmo paciente era uma criança de dois anos, que desde o nascimento tem contato direto com o tio. Ele começou o tratamento quando ela estava com pouco mais de um ano. Apesar de estar irritada conosco, foi possível avaliar sua pele que demonstrou estar sadia.

### Foto 6 – Palpação dos nervos



Fonte: elaborado pela autora

Caso 1: Breve relato da história do paciente avaliado (Fotos 5 e 5.1) – CH, 30 anos foi convocado para fazermos a avaliação de incapacidade física. Ele foi detectado em março de 2018 na UPA e encaminhado para a UAPS, onde foi realizado o diagnóstico. Porém teve que ser encaminhado para hospital e Centro de Referência devido às complicações: desabamento de asa de nariz, sangramento nasal, anemia, cianose de extremidades em ortostase, ressecamento de pele, face leonina com madarose e perda de cílios completas, garras móveis, absorção palmar. No momento com presença de ressecamento em toda a pele; com dor em perna esquerda (neurite – em tratamento) está em uso de protetor solar, boné. Foi realizado o atendimento por todos os profissionais, realizado orientações; GIF 2 (pés bilateralmente com perda

total de sensibilidade) força mantida de mãos e pés fortes, espessamentos, dor e choque em nervos ulnar, mediano, radial; choque e dor em filbular e tibial posterior.

**Foto 6.1 – Utilizando o estesiômetro**



Fonte: elaborado pela autora

Os pesquisados interagiram, houve envolvimento de todos os profissionais. Na avaliação de incapacidade física consideraram momento ímpar, visto que a demanda em hanseníase por equipe é baixa e a falta de prática no cotidiano torna-se esquecido o que deve ser realizado, como avaliar, o que fazer.

[...] antes desta atividade eu não tinha praticado, era somente o conhecimento teórico. E com a avaliação de incapacidade realizada aqui, ficou bem mais fácil conseguir fazer esta avaliação agora (ENF 2).

Caso 2: Relato de JTSS, 67 anos – Paciente encaminhado pelo ACS com sua esposa (contato intradomiciliar) que ao ser avaliado e conversado, ficou constatado que seu tratamento foi inadequado e que houve abandono de tratamento.

De agosto de 2018 a fevereiro de 2019 fez tratamento PB, porém observamos através do prontuário que foram liberadas quatro cartelas. Sendo que a primeira foi MB e as demais PB. E ao avaliarmos a mancha é sugestiva de um caso MB – dimorfa (Foto 6). Ele comentou ainda que no início do tratamento devido às consultas e ao diagnóstico perdeu seu emprego, trazendo-lhe transtorno financeiro e psicológico.

**Foto 7 – Paciente em abandono de tratamento. Em busca de novo diagnóstico**



Fonte: elaborado pela autora

Em Melo (2017, p.5) “a discriminação é uma das piores formas de violação dos direitos humanos. Principalmente contra os pobres, os excluídos socialmente, os negros, homossexuais, as mulheres, as crianças, as pessoas com deficiências, os idosos e as pessoas com determinadas doenças, entre elas a hanseníase”.

No estudo de Marahatta et al. (2018) encontraram que os principais fatores que contribuíram para o estigma, foi exacerbado pela atitude de ocultar a doença com o receio de discriminação. Além de outros aspectos afetados como casamento, emprego e interação social. Sendo a maior parte atribuída às deformidades visíveis devido à hanseníase.

Realizamos encaminhamento para o Centro de Referência. Uma semana depois na avaliação com o grupo dos ACS foi relatado que tinha ido para o acolhimento e que sua consulta estava agendada para a semana seguinte. Posteriormente, ao término da pesquisa o paciente estava aguardando biópsia (setembro, 2019).

**Foto 8 – Avaliação de contato, paciente índice MB, criança de 10 anos**



Fonte: elaborado pela autora

No dia dezenove compareceu um paciente para avaliação de mancha, encaminhado pelo ACS, porém este ACS não utilizou o instrumento, e não era caso suspeito de hanseníase; um contato de paciente, encaminhada pela ASB. Uma criança de dez anos, contato de paciente que residia no interior e em tratamento, mas que não havia sido avaliada ainda e estava de férias, captada também por ACS (Foto 7). Confirmando a importância do trabalho do ACS na busca ativa de contatos.

Fizemos ainda em outro momento, a realização de uma visita domiciliar. Devido à paciente ter sequelas por acidente vascular encefálico (AVE) e não conseguir ir à Unidade de Saúde (Foto 8).

Caso 3: MC, 75 anos, feminino – Paciente foi observada em visita domiciliar realizada pelo ACS e posteriormente pela enfermeira da equipe. Fomos a casa em uma manhã durante o período da pesquisa. E devido às características das lesões pode ser hanseníase. Porém a paciente não consegue se comunicar devido ao AVE, e portanto não houve possibilidade de realizar os testes nas manchas. Não havia nervos afetados. Realizado encaminhamento, e familiares foram orientados quanto à

necessidade de avaliação por especialista visto que poderia ser um caso de hanseníase.

Descrição: Lesões com bordas elevadas, infiltradas, centro claro, ressecadas sem descamação. Na face lesão hipocrômica.

A filha, principal cuidadora, sem lesões, sinais ou sintomas de hanseníase.

Até o final da pesquisa a família não havia levado para a consulta. ACS já havia passado informando a importância da consulta. Podemos observar as limitações da atuação da ESF, caso a família não tome para si a corresponsabilidade e coparticipação do processo da busca pela saúde.

**Foto 9 – Visita domiciliar: Idosa, sem comunicação adequada devido a AVE**



Fonte: elaborado pela autora

Após a pesquisa, em setembro de 2019, a paciente foi a óbito por outro AVE. Não foi para consulta em nenhum momento. ACS acionado para que sempre que possível falar com os familiares para o surgimento de manchas e/ou sintomas que possam indicar hanseníase.

### 5.1.2 Círculo de Cultura: Construção do saber em hanseníase com os ACS (GR 2)

O momento inicial ocorreu na Igreja Matriz de Nossa Senhora do Perpétuo do Socorro, Mondubim. Compareceram a este encontro dez ACS, que representaram quatro equipes. De acordo com a animadora, profissional com expertise neste método somente com esse encontro, já era possível ser desenvolvido o círculo de cultura.

Além de um breve esclarecimento aos participantes sobre o círculo de cultura e sobre a hanseníase, eles foram divididos em dois grupos para um “cochicho” de dez minutos sobre hanseníase, devendo, cada grupo, preparar uma encenação sobre os desafios e dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho do ACS, com a problemática da hanseníase (Foto 9).

Um grupo se apresentaria enquanto o outro de forma individualizada observaria e deveria registrar em uma palavra geradora ou frase na tarjeta, disponibilizada, o que ficou evidente naquela encenação. Substituímos os nomes originais dos profissionais por flores e rosas.

**Foto 10 – Os grupos fazendo o “cochicho” e organizando a encenação, Jun/2019**



Fonte: elaborado pela autora

Sabe-se que o círculo de cultura é uma abordagem inovadora, onde deixa os participantes livres para o desenvolvimento do que se pretende, de forma não alienante. Eles aprendem com suas falas e atitudes, ocorrendo um direcionamento pelo coordenador para a busca da conscientização e autonomia dos participantes (MARTINS; SOUZA; VIEIRA, 2011).

O grupo interagiu entre si produzindo palavras geradoras relacionadas à hanseníase que foram agrupadas, codificadas e decodificadas produzindo a tematização. A partir desse tema gerador, fez-se a problematização que ampliou a compreensão dos participantes sobre sua realidade. Dessa forma, o grupo com seus conhecimentos prévios, práticas e autocrítica, buscou as soluções.

**Foto 11 – Primeira encenação: “Fofoca do bem na comunidade”**



Fonte: elaborado pela autora

1ª Encenação: Fofoca do bem na comunidade: A fofoca das vizinhas ocorre devido a D. Flor que cozinha e não sente o fogo em seu braço, chegando a “chamuscar”. Ao se encontrarem com a ACS Helicônia, que está fazendo sua visita de rotina, elas comunicam e pedem que ela faça uma visita. Helicônia em sua visita, fala sobre os sintomas da hanseníase, e pede para a paciente se observar, enquanto cozinha. Solicita para fazer o teste com a caneta, para observar se ela sente enquanto toca. Informa que ela pode estar com hanseníase, e precisa ir para uma consulta no posto de saúde. Comunica à enfermeira da equipe e dá o encaminhamento (Foto 10).

**Foto 12 – Segunda encenação: “Busca ativa de mancha suspeita hanseníase”**



Fonte: elaborado pela autora

2ª Encenação: Busca ativa de hanseníase: Inicia com a ACS Gérbera pedindo ajuda ao ACS Cravo para realizar a visita domiciliar, pois D. Crisântemo não gosta dos serviços da UAPS. Ao chegarem a casa, quem atende é a filha adolescente. Esta diz que a mãe não está em casa. Eles insistem, pois viram que ela está varrendo a casa. Ao entrarem, D. Margarida começa a reclamar do atendimento que demorou três meses e no dia o profissional ainda faltou. Eles dão orientações necessárias para tentar acalmá-la e perguntam se tem alguém na casa com mancha na pele. A adolescente se intromete na conversa e diz que sua irmã Orquídea tem mancha esbranquiçada no corpo. Eles perguntam as características da mancha. Ao falarem o nome hanseníase, a adolescente se afasta dizendo que é contagiosa e que não quer ficar perto da irmã. Eles informam que agendarão a consulta para avaliação com a enfermeira. E começa novamente as reclamações por D. Margarida e Orquídea se

recusa a ir à Unidade de Saúde. Os ACS insistem e tentam convencer. Após um diálogo informando novamente as características do possível diagnóstico e das consequências do não tratamento, conseguem convencer. Mas Orquídea deixa claro que se chegar e não for atendida, nunca mais voltará. Foto 11 é demonstrado a segunda encenação.

Ao término das apresentações, houve então a discussão acerca das percepções através do que tinham observado e das palavras geradoras nas tarjetas (Apêndice O), sendo organizadas de modo a trabalhar e formar os temas (Diagrama 2).

Após esclarecimentos e relatos das falas, foram organizadas as temáticas e a animadora fez as seguintes indagações para internalizar a problemática da hanseníase e todo o contexto do papel do ACS nesse processo: Como podemos pensar em organização para melhorar o acesso? Como repassar as informações sobre hanseníase para minimizar o preconceito, a negação da doença e dos serviços?

**Diagrama 3 – Organização das palavras geradoras em temas**



Fonte: elaborado pela autora

Foram distribuídas cartolinas para que houvesse a produção de síntese do que havia sido discutido com as sugestões por grupo e apresentação no grande grupo (Apêndice P).

Quanto à questão da rejeição e negação do paciente em aceitar o diagnóstico, a doença, eles comentaram que o profissional tem que insistir, não pode

desistir do paciente. Devendo haver sempre, que possível, esclarecimentos sobre a doença e as consequências quando não tratada precocemente.

Ao final, foi questionado como a busca ativa de casos suspeitos de hanseníase era realizada, por eles, visto que surgiu na encenação e foi citado nas ressalvas da falta de conhecimento, não ficando claro como ocorria durante as visitas domiciliares sua realização.

Uma das ACS presente comentou a utilização da caneta, onde pede para o paciente fechar os olhos e dizer se é ponta ou cabeça ao tocar a lesão. Mas ao indagar o que devem observar na mancha houve dúvidas em relação às características das manchas como: tempo da lesão, “coça”, tem pelos, a mancha sua (sudorese), realizar o teste da caneta (ponta e cabeça). Viu-se a necessidade, percebidas por eles também, de se construir o instrumento de busca ativa de paciente com mancha suspeita para hanseníase, sendo um orientador nas visitas domiciliares (Apêndice N). E a realização do plano de ação do grupo dos ACS (Apêndice K).

Na fala dos ACS evidencia-se que a desinformação era a principal causa para a negação, falta de conhecimento dos sintomas da doença e o preconceito, e mantiveram estas falas no tema da falta de conhecimento sobre a doença pela comunidade. Enquanto justificavam as palavras escritas nas tarjetas, surgiram os termos acesso e aceitação do ACS como sendo a percepção sobre o serviço de saúde, que se tornou o segundo tema a ser trabalhado. Que são temas de extrema importância para o planejamento das ações em hanseníase.

No estudo de Moreira et al., 2014 ficou demonstrado que as ações educativas contribuem de forma positiva aumentando o conhecimento acerca da hanseníase.

Nas duas encenações, os ACS demonstraram segurança na conduta sobre hanseníase. Foi possível observar o compromisso, o respeito e a preocupação para com os pacientes e a comunidade.

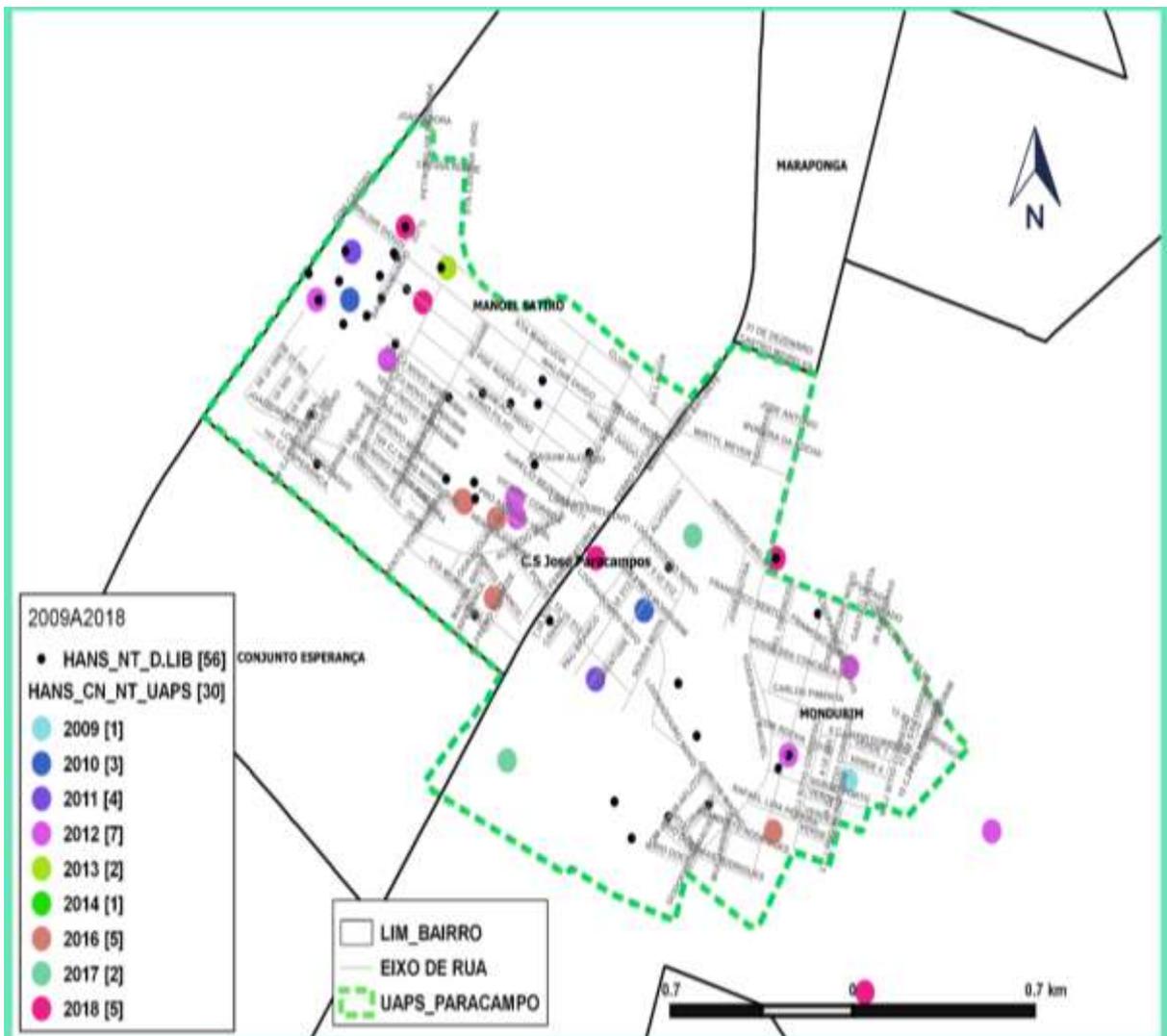
No terceiro encontro compareceram dezoito ACS (dos vinte e seis, inicialmente). Três encontravam-se de férias, dois de atestado, e os demais não comunicaram a ausência. Neste encontro, foi entregue o instrumento de busca ativa de paciente com mancha suspeita para hanseníase (Apêndice N); a lista dos pacientes dos últimos cinco anos, onde foi identificado a que ACS pertencia, para que os contatos fossem convocados, utilizando para esta finalidade a ficha para acompanhamento dos contatos de hanseníase pelo ACS (Anexo B). Aos ACS que

estavam de férias, ou não haviam comparecido, os ACS presentes se comprometeram de repassar ou de fazer a busca.

Para ajudar a visualização das áreas de casos de hanseníase utilizamos a ferramenta de georreferenciamento (Mapas 5) e (Apêndice S), cada ACS pode identificar a que áreas e microáreas pertenciam os pacientes. Sendo considerado pela pesquisadora de extrema necessidade, para este momento de vigilância e percepção espacial.

O georreferenciamento é uma ferramenta utilizada para a vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, proporcionando uma visão espacial no território do agravo ou da doença. Contribui para planejar e avaliar as ações do local melhorando a qualidade das informações (BARCELLOS e RAMALHO, 2002; NARDI et al., 2013).

**Mapa 5 – Hanseníase: distribuição espacial dos casos novos, por bairro na UAPS José Paracampos, Fortaleza – 2009 a 2018**



Fonte: SMS/Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/Sinan

No mapa 5 visualiza-se os casos de hanseníase dos últimos dez anos pertencentes à UAPS José Paracampos com diagnóstico na própria UAPS ou no Centro de Referência. Alguns ACS ficaram sem entender porque havia paciente em sua microárea e eles não sabiam. São os casos tratados no centro de referência e que não é do conhecimento do ACS. Situação que contribui para a manutenção de casos e contatos de hanseníase sem acompanhamento pelos profissionais da UAPS.

No caso dos ACS que nunca tiveram casos de hanseníase foi solicitado que praticassem nas visitas domiciliares de rotina, a busca ativa de casos suspeitos. Com visão diferencial, para as áreas com o maior risco de adoecimento pela hanseníase e que não era do conhecimento do ACS.

De acordo com o mapa na UAPS José Paracampos houve mais notificações nos anos de 2011, 2012, 2016 e 2018. Nos anos de 2015 e em 2019 até o mês de julho não havia sido detectado caso novo de hanseníase, na UAPS e nem durante a pesquisa.

Solicitamos ainda, o olhar diferencial para a população idosa, visto que de acordo com os dados epidemiológicos do Ceará contribuem com um percentual elevado de casos MB.

A distribuição espacial no Centro de Referência foi considerada importante, pois, permitiu a identificação das áreas com casos de hanseníase que antes se acreditava não existir. Além de ser quase o dobro dos notificados pela UAPS (APÊNDICE S).

O estudo de Atkinson e Haran (2004) APUD Matos et al. (2017), demonstrou que a descentralização tem um papel importante na melhoria dos dados epidemiológicos, mas não melhora, por si só, o desempenho do sistema de saúde na assistência à população.

Há sempre a necessidade de capacitação aos profissionais, informação à comunidade sobre hanseníase para reduzir os estigmas, medos e preconceitos.

### **5.1.3 Oficina e exploração do conteúdo com NASF, Cirurgião-Dentista, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Saúde Bucal (GR3)**

Neste grupo conseguimos sensibilizar onze participantes dos quais eram quinze inicialmente à pesquisa. Com a avaliação do questionário desse grupo viu-se a necessidade de dialogar sobre o que era a hanseníase, de uma forma bem introdutória, pois boa parte deste grupo era o primeiro contato com o tema. A apresentação ocorreu através do uso de Power point, onde o conteúdo foi:

- a) Momento de reflexão – Qual o significado da hanseníase/lepra? Qual o meu papel, enquanto profissional da ESF no cuidado à pessoa acometida pela hanseníase? Ter um olhar ampliado para o paciente portador de hanseníase.
- b) Sobre a hanseníase – O que é hanseníase; modo de transmissão; como suspeitar de hanseníase (para este grupo, foi utilizado imagens); Aspectos clínicos, diagnóstico clínico, características e formas clínicas; para apreensão das informações ao final fomos demonstrando algumas

fotos para eles tentassem identificar que lesões eram aquelas. E demonstração dos nervos principais acometidos e possíveis de visualizar, durante o atendimento no cotidiano do serviço.

**Foto 13 – Discussão sobre as perguntas norteadoras**



Fonte: elaborado pela autora

Durante a mini-exposição, vários foram os questionamentos por todas as categorias presentes demonstrando a necessidade de mais capacitações para estes profissionais em relação à hanseníase, algo que já havia sido identificado com o questionário.

Ao final para dar prosseguimento à oficina deixamos três perguntas norteadoras para a autoanálise e participação na pesquisa-ação para que eles se

sentissem parte do processo e interagissem de forma a contribuir com o serviço e com o próprio conhecimento.

As perguntas foram: Quais as características que devem ser observadas nas manchas de hanseníase? Como podemos fazer a busca ativa em nossa rotina? Para quem nós iremos encaminhar? Dividimos o grupo em dois, e realizaram uma discussão breve para dar seguimento à oficina.

Na foto 12 eles discutem sobre as perguntas norteadoras e em seguida registram em cartolina. E após este momento o resultado é apresentado para todo o grande grupo (Foto 13).

**Foto 14 – Apresentação dos grupos**



Fonte: elaborado pela autora

Momento muito rico, em que todos participaram ativamente do processo de construção do saber e das inovações para melhorar o serviço de hanseníase da UAPS. Os grupos demonstraram apreensão do conteúdo repassado. Houve a interação de todos os participantes durante todo o processo.

Os profissionais, exceto uma ASB, não encontraram pacientes com suspeita de hanseníase durante a pesquisa. A fisioterapeuta durante a avaliação de contatos e na avaliação de incapacidade física demonstrou interesse em participar da

oficina. Enriquecendo a prática no trabalho de equipe multiprofissional. Os demais profissionais do NASF não puderam comparecer devido às outras programações.

Para este grupo, ficou acordado a busca ativa no cotidiano do serviço, e após avaliação da mancha com caneta, encaminhar para a enfermeira da equipe responsável pelo paciente, plano de ação (Apêndice L).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após encerramento dos encontros, todos os dados coletados e material produzido foram transcritos e organizados para que ocorressem a análise e as categorizações.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

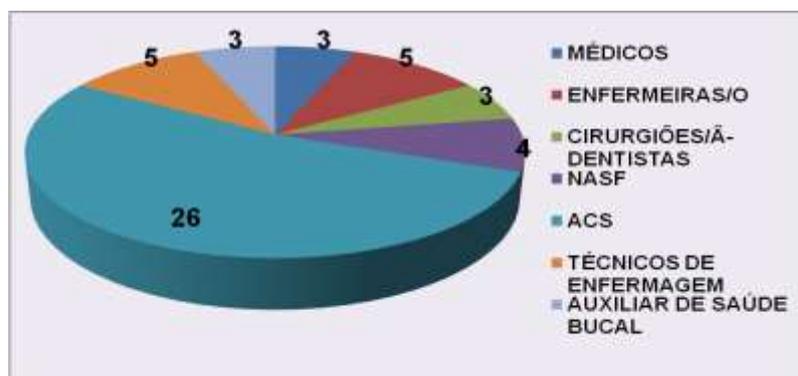
Os questionários foram organizados da seguinte forma: Aspectos Pessoais e profissionais; Conhecimento sobre o funcionamento da Unidade; e conhecimento e atitude do profissional acerca da hanseníase.

Utilizamos, portanto, as respostas como fundamentação e organização da caracterização e fizemos com as devidas categorias profissionais e numeração por recebimento das respostas para manter o sigilo dos profissionais.

#### 6.1.1 Aspectos pessoais e profissionais

Dos quarenta e nove profissionais participantes que responderam ao questionário, trinta e seis eram do sexo feminino correspondendo a 73,5%. Em relação à idade, a maior parte (trinta e três) encontrava-se com idade superior a quarenta anos, e dentre eles haviam quatro idosos entre os ACS. O que demonstrou muito tempo de serviço e experiência no trabalho.

**Gráfico 3 – Categorias profissionais dos participantes da pesquisa-ação em hanseníase**

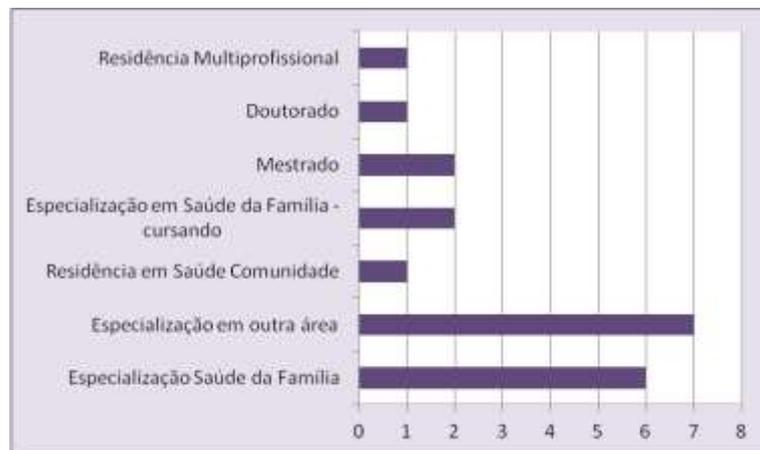


Fonte: UAPS José Paracampos, Fortaleza-CE, Jun-2019.

Em relação à profissão, os participantes da pesquisa foram constituídos conforme o gráfico 3, onde vinte e seis eram ACS, quatro enfermeiras, um enfermeiro, três médicos, uma cirurgiã-dentista, dois cirurgiões-dentistas, quatro profissionais do NASF, cinco técnicos de enfermagem e três auxiliares de saúde bucal.

No que concerne à formação, o nível superior, todos possuíam alguma pós-graduação, ou estavam em conclusão de especialização; alguns participantes contavam com mais de uma pós-graduação, e uma profissional com doutorado; a maioria (66,6%) com especialização e/ou mestrado em Saúde da Família ou residência em Saúde e Comunidade, como podemos visualizar no gráfico 4.

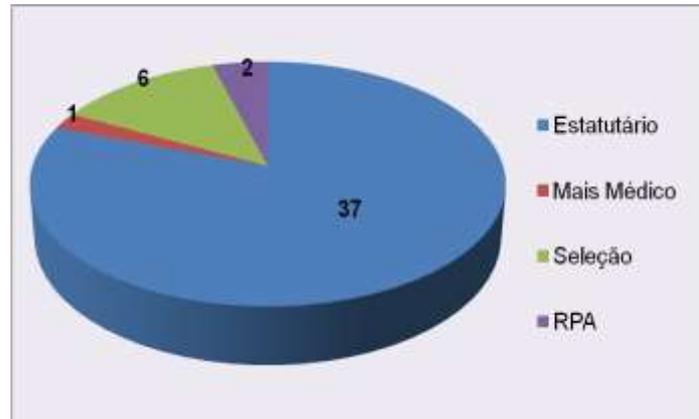
**Gráfico 4 – Distribuição dos profissionais quanto à pós-graduação**



Fonte: UAPS José Paracampos, Fortaleza-CE, Jun-2019.

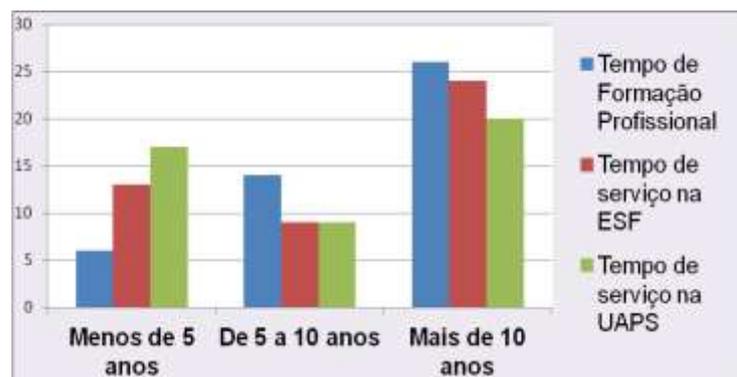
Estes dados demonstram o diferencial dos profissionais quanto ao envolvimento com o serviço da Estratégia Saúde da Família, suas necessidades e peculiaridades. Como a análise realizada por Starfield (2002) em pesquisas realizadas sobre profissionais médicos generalistas, especialistas e médicos de família, em que todas as análises realizadas, como tempo de consulta, solicitação de exames, encaminhamentos, prescrição de medicamentos, registro de consultas, custos menores, são melhores avaliados com os médicos de família.

Em relação ao nível médio, três ACS concluíram graduação em Teologia, Farmácia e Educação física; e outros quatro profissionais, referiram outras formações técnicas, como radiologia, auxiliar ou técnico de enfermagem.

**Gráfico 5 – Forma de contratação profissional**

Fonte: UAPS José Paracampos, Fortaleza-CE, Jun-2019.

A maioria dos profissionais era estatutário, como pode ser visto no gráfico 5, o que demonstrou vínculo com o serviço e com a população. Para Starfield (2002, p. 292) “as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria”. E assim supõe-se que seja para os demais profissionais.

**Gráfico 6 – Tempo de formação profissional, de serviço na ESF e de serviço na UAPS**

Fonte: UAPS José Paracampos, Fortaleza-CE, Jun-2019.

Quanto ao tempo de formação profissional, de serviço na ESF e de serviço na UAPS, observamos no gráfico 6 que a maioria dos profissionais contabilizavam mais de dez (10) anos, o que revela que não eram recém formados ou recém admitidos ou contratados, e que devem ter conhecimento acerca dos serviços e da organização da UAPS.

Em relação à situação salarial, os profissionais do nível médio recebem entre um e dois salários mínimos. E alguns complementam a renda com vendas, ou exercendo outra função em horário distinto ao trabalhado. Todos possuem carga horária de quarenta (40) horas semanais, com uma ressalva relacionada aos estatutários médicos, enfermeiros e ACS que tem duas horas diárias, totalizando oito (08) horas semanais para educação permanente.

Apesar deste benefício o município não consegue ainda organizar e manter uma agenda de curso constante. Porém, há plataformas de ensino a distância para que isto ocorra. E cabe a cada profissional buscar e manter-se atualizado.

### **6.1.2 Conhecimento sobre o funcionamento da Unidade de Saúde**

Quanto ao conhecimento dos serviços ofertados na UAPS, a quase totalidade conhecem todos os serviços oferecidos (Exames laboratoriais, Farmácia, Curativo, recepção da coleta de escarro, agendamento de consulta e exames, administração de medicamentos intramuscular e endovenoso). Todos sabem dias e horários de funcionamento da UAPS. Vale salientar que alguns dados nos chamou a atenção, pois o profissional é transmissor de orientações e informações ao paciente e sua família. E quando esta importante transmissão não ocorre de forma adequada, podemos acarretar prejuízos à saúde do paciente, ocasionar um itinerário diferente do que é para ser.

Como podemos observar no quadro 7 no que concerne à imunização a maioria dos profissionais sabem que a UAPS não dispõem de imunobiológicos como BCG, febre amarela e antirrábica. Porém, há necessidade de que todos saibam desta informação.

Ainda no quadro 7, parte das enfermeiras (três), todos os técnicos de enfermagem, quase todos os ACS e um profissional do NASF sabem que o teste do pezinho acontece diariamente às dez (10) horas. Entretanto, dois enfermeiros, os médicos, os cirurgiões-dentistas, as ASB e NASF (três), desconhecem os dias e/ou horário que o serviço está disponível.

Quanto à baciloscopia de linfa, inexistente nas UAPS de Fortaleza e deve ser solicitada e encaminhada para o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), UAPS Carlos Ribeiro ou Centro de Referência Dona Libânia, por demanda, não havendo necessidade de colocar em sistema e ficar em fila de espera. Na

ausência de médico o enfermeiro pode solicitar. Todavia, alguns profissionais tanto do nível médio como do nível superior e a maioria dos ACS (20) não tem informação de que este procedimento não ocorre na UAPS.

Quanto ao teste rápido, a UAPS ainda não conseguiu se organizar para uma agenda com rotina para a realização do exame. Todos os profissionais enfermeiros e do NASF (exceto a assistente social) foram capacitados para a realização do teste rápido.

### **Quadro 7 – Conhecimento dos serviços ofertados e ação para ampliar o conhecimento**

<b>QUESTIONÁRIO</b>	<b>POTENCIALIDADES</b>	<b>FRAGILIDADES</b>	<b>AÇÃO</b>
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	Quase a totalidade tem conhecimento das vacinas disponibilizadas.	Falta na UAPS: BCG, febre amarela, anti-rábica – reduzindo o acesso da população	Não depende dos profissionais.
<b>TESTE DO PEZINHO</b>	Todos os Técnicos de Enfermagem e a quase a totalidade dos ACS conhecem a rotina desse serviço.	Divergências nas respostas, sendo que a maioria das outras categorias não sabem dias e horários.	Construir um painel informativo
<b>BACILOSCOPIA DE LINFA (para Hanseníase)</b>	A maioria dos participantes informa que não é realizada a coleta na UAPS.	Alguns profissionais da medicina, enfermagem (superior e nível médio) e ACS acreditam que é realizado na UAPS.	Expor o itinerário do paciente com solicitação de baciloscopia de linfa
<b>TESTE RÁPIDO</b>	A maioria dos profissionais sabe que existe o teste rápido.	Uma pequena parte da amostra deste estudo desconhece a realização de teste rápido na UAPS.	Implementar o TR; Construir um painel informativo
<b>APLICAÇÃO DE PENICILINA BENZATINA</b>	A maioria sabe que não há a aplicação na UAPS; Os médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem aceitam desde que tenha todos os insumos.	A minoria dos profissionais acredita que é administrado na UAPS. À época da coleta de dados (Jun/2019) não se administrava.	Depende da gestão. Iniciou a aplicação em agosto/2019

Fonte: Questionário da pesquisa-ação, UAPS José Paracampos, Fortaleza-CE, Jun-2019.

Para intervir nos resultados fragilizados, achou-se oportuno a construção de um painel que será afixado próximo aos locais onde são realizados com as orientações sobre estes serviços dizendo os locais, dias e horários.

Houve ainda a construção do fluxograma interno do paciente com suspeita de hanseníase, tornando-se evidente durante as respostas do questionário, e sendo

aprimorado durante o círculo de cultura e as oficinas, com ajustes durante o período da pesquisa (Apêndice T).

Quanto à análise de conteúdo constituímos quatro categorias que foram: conhecimento e atitude do profissional acerca da hanseníase; organização do serviço de saúde; falta de conhecimento sobre hanseníase pela comunidade; necessidade de capacitação para todos os profissionais.

## 6.2 CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE

Buscamos ter informações sobre capacitações em hanseníase, o que é hanseníase (nível médio), a existência de casos de hanseníase em tratamento pela equipe, como ocorre sua participação no processo de detecção, tratamento, avaliação e acompanhamento dos casos de hanseníase; o que é reação hansênica, qual a conduta da equipe (médicos e enfermeiras/o); avaliação dos contatos (médicos, enfermeiras/o e ACS); busca ativa para detecção precoce; sessões educativas abordando a temática e disponibilidade de material.

Em relação à capacitação em hanseníase, somente três profissionais (duas enfermeiras e um médico) realizaram curso teórico prático de quarenta (40) horas, há mais de dez anos; os demais referiram curso rápido à distância ou não participaram de algo sobre a temática. Quanto aos ACS todos afirmaram participar de capacitações pontuais e anuais, e três informaram que foram capacitados com quarenta horas há mais de cinco anos.

O diagnóstico da hanseníase deve ser realizado preferencialmente na atenção básica, porém há a necessidade dos profissionais estarem preparados para o atendimento a esta demanda. No estudo sobre itinerários terapêuticos de Carneiro et al. (2017) e o de Aquino et al. (2015) sobre peregrinação (Via Crucis) até diagnóstico observou-se que se os profissionais não estão capacitados, não se atentam para os sinais e sintomas. Além do atendimento de queixa conduta, sem se atentarem a outras demandas.

O desconhecimento do profissional e da população frente à doença, a demora do diagnóstico, os resultados de exames negativos e o diagnóstico incorreto enfatizam a peregrinação dos usuários em busca do diagnóstico e tratamento adequados. Essa demora do diagnóstico pode levar ao agravamento da doença, [...] pela falta de informações sobre a doença, ocasionando seu agravamento. (CARNEIRO, 2017, p. 5)

Além de estar diretamente associado à falta de capacitação dos profissionais de saúde ao diagnóstico tardio, como sugere o estudo de Aquino et. al (2015, p. 189):

Dessa forma, a peregrinação do usuário com hanseníase é um indicativo do despreparo dos profissionais em todos os níveis de complexidade, assim como sua necessidade de educação permanente. No nível da atenção básica, é necessário o desenvolvimento de ações educativas mais participativas entre o profissional, particularmente, o enfermeiro, juntamente com a população assistida, além de estimular a capacitação do agente comunitário de saúde na identificação de casos suspeitos da doença.

Para o nível médio questionamos “o que é hanseníase”. Todos tinham conhecimento sobre a forma de infecção da doença, a transmissão, incapacidades. Alguns de forma bem elaborada.

Uma doença infectocontagiosa que age lentamente e que temos que ter uma sensibilidade a mais para detectá-la, pois suas sequelas podem ser irreversíveis (ACS Q1).

É uma doença infecto contagiosa que afeta a pele e os nervos (ACS Q9).

Uma doença, infectocontagiosa, que se manifesta com um tempo no indivíduo infectado, uma doença que apesar do preconceito tem cura, mas é uma doença deformadora, e dependendo do estágio, tende a comprometer a estrutura nervosa do indivíduo (ACS Q25).

Doença conhecida como lepra que tem tratamento, mas com muito preconceito por falta de informação (T Enf Q4).

Doença infectocontagiosa, transmitida através do ar ao falar. Quando diagnosticada no início tem tratamento adequado, evitando sequelas além de evitar a contaminação para outras pessoas (ASB Q2).

No estudo de Pires e Barboza (2015), sobre sensibilização em hanseníase, utilizando metodologia problematizadora de base sócio construtiva para profissionais do nível médio, incluindo pessoal com funções administrativas e os técnicos de enfermagem, observaram no teste pré e pós que houve melhora no conhecimento dos profissionais com funções administrativas. Portanto, havendo necessidade de investir em educação permanente na área devido às fragilidades na formação.

No que concerne ao atendimento de paciente com hanseníase, as/o enfermeiras/o relataram insegurança podendo estar relacionado a pouco conhecimento ou ausência de prática, como podemos observar em algumas falas:

Sim, realizo o acompanhamento desses pacientes. Me sinto insegura, muitas vezes (Enf Q5).

Sim. Eu me senti com pouco conhecimento sobre o assunto (Enf Q4).  
Sim. Insegura nos testes de sensibilidade (Enf Q2).

Quanto ao acompanhamento de pacientes na própria unidade observamos que uma equipe não vem fazendo o acompanhamento de paciente com hanseníase, aspecto importante, pois pode dificultar a avaliação dos contatos, fato que dificulta a interrupção da cadeia de transmissão, bem como se a equipe não tem o conhecimento. Que não é o caso desta equipe, como na fala a seguir:

Sim, dois. Acompanhados em Centro de Referência e na UAPS para orientações (Enf Q2).

Os outros profissionais informaram que fazem o acompanhamento mensal; e algumas equipes, segundo as enfermeiras estão sem pacientes no momento. Equipe silenciosa, também requer mobilização para busca ativa, visto que a área da UAPS é de média endemicidade e com a maioria dos casos MB.

No subitem de participação do processo de diagnóstico e avaliação de casos suspeitos, estão relatadas as informações sobre o GR1, pois os demais profissionais não participam do processo de diagnóstico. Foi organizado em check list o que eles utilizavam; porém dois médicos e duas enfermeiras informaram que não participam deste processo. Lembrando que na UAPS existem cinco equipes. Os demais participam e utilizam estesiômetro, tubo de ensaio, algodão, ou outros instrumentos.

Oliveira (1998) APUD Arantes (2010) encontrou em seu estudo que os médicos tinham dificuldade em confirmar o diagnóstico de hanseníase, até que o paciente chegasse ao profissional capaz de avaliar e diagnosticar o caso de hanseníase, sendo considerada no estudo uma situação constrangedora.

No estudo de Arantes et al. (2010) dos pacientes que relataram dificuldade para iniciar o tratamento encontraram a demora no diagnóstico e meio de transporte. E já entre os profissionais foi constatado que o diagnóstico pode demorar devido ao tempo de espera, em torno de um ano ou mais para a consulta.

Quanto à conduta após o diagnóstico ficou evidente a utilização de prontuário eletrônico por todos, sendo que, o prontuário manual também é utilizado por três profissionais. As fichas de notificação e investigação são preenchidas pelos enfermeiros, são realizadas orientações quanto às possíveis reações aos

medicamentos. Metade dos profissionais registram os contatos e agendam a consulta. Quanto ao retorno, todos os profissionais informaram que deixam os pacientes agendados. Porém, houve divergência no tempo de retorno, alguns colocando mensalmente.

É sabido que o retorno de paciente de hanseníase deve ocorrer a cada 28 dias, para que haja a supervisão da dose dentre outras questões já comentadas (BRASIL, 2017).

De acordo com os relatos dos profissionais eles não realizam a avaliação de incapacidade por não se sentirem preparados como podemos ver nas falas a seguir. E apenas uma enfermeira informou que já utilizou a ficha de avaliação neurológica simplificada.

Não realizo, tenho dificuldades para avaliação (Enf Q1)  
 Geralmente é feito por enfermeira capacitada (Med Q2)  
 Sim. Dificuldade na palpação de troncos nervosos (Enf Q3)  
 Não faço, porque não tenho conhecimento (Enf Q4)  
 Não realizo. Nunca me senti preparada para realizá-la (Enf Q5)

Indo de encontro ao estudo de Souza et al. (2015, p. 613) onde:

Predominou um forte sentimento de embaraço frente ao diagnóstico de hanseníase devido à aprendizagem insuficiente da avaliação neurológica e dos diagnósticos diferenciais. A maior dificuldade de suspeição ocorria nos casos paucibacilares e em crianças, e era percebida como uma barreira importante ao diagnóstico precoce da doença.

Diferente do estudo de Carvalho e Araújo (2015, p. 148), onde “grande parte das enfermeiras desenvolve as ações preconizadas pelo Programa, e neste estudo, elas se destacaram na realização da avaliação de incapacidade física, administração de doses supervisionadas e maior número de atendimentos durante o tratamento”.

Quanto à reação hansênica, a maioria dos profissionais em todas as categorias demonstra desconhecimento do momento em que ela pode ocorrer. Muitos profissionais do nível médio não sabem o que é reação hansênica. E somente um médico se sente seguro em fazer o tratamento e acompanhamento em caso de reação hansênica.

No estudo de Ribeiro et al. (2017, p. 224) em que avaliou a visão dos enfermeiros na Atenção Básica, ele ressalta a importância do conhecimento acerca dos profissionais sobre a reação hansênica:

Outrossim, os profissionais das UBS devem estar atentos para o surgimento das reações hansênicas, os efeitos adversos das medicações e o abandono do tratamento, sendo necessária agilidade nesses casos para que as devidas intervenções sejam realizadas. Entretanto, para que se alcance excelência nesse aspecto, deve haver uma boa conexão entre ESF e comunidade.

No processo de avaliação dos contatos ficam evidentes as limitações dos profissionais. Não há uma organização do que deve ser avaliado durante o atendimento do contato, o retorno e o tempo de acompanhamento desta vigilância. Aspecto importante neste primeiro encontro para que os contatos possam retornar anualmente para avaliação da pele e nervos ou retorne no surgimento de alguma lesão suspeita, com a finalidade de se ter a detecção precoce. Houve necessidade de se fazer um roteiro para a avaliação dos contatos (Apêndice M).

Encaminho ao serviço especializado (Med Q1).  
 Convido para avaliação clínica e solicito a baciloscopia (Enf Q1).  
 Deixo a cargo da enfermagem e agentes de saúde (Med Q2)  
 Avalio situação vacinal e presença de manchas na pele (Enf Q4)  
 A avaliação dos contatos é realizada pelo médico, em consulta pré-determinada. Essa avaliação é registrada nos prontuários do paciente, tanto online quanto impresso (Enf Q5)

Em relação à busca ativa de casos suspeitos, poucos são os profissionais que a realizam. Os profissionais do nível médio (técnicos de enfermagem e auxiliar de saúde bucal) não se sentem parte da equipe, e nem tampouco em fazer a busca como nas falas a seguir. Já um dos profissionais do NASF relatou a realização da busca ativa, enquanto que os cirurgiões-dentistas também não realizam.

Não faço parte de equipes de acompanhamento (T Enf Q3)  
 Sou responsável pela a sala de vacina, e não sou liberada pelo o gestor para exercer minhas funções de técnico na minha equipe, fico muitas vezes sozinha sobrecarregada, também não tenho conhecimento para tal (T Enf Q2);  
 Eu não faço, pois sou de outra área (ASB Q1).  
 Não realizo busca ativa. Algumas vezes, manchas na pele de pacientes chamaram a atenção e orientei procurar atendimento médico (CD Q1).  
 Não realizo busca ativa na rotina, somente se houver uma demanda de atendimento encaminhada (NASF Q3).

Devemos refletir com estas falas, o que estamos fazendo enquanto profissionais da atenção básica. Quais são nossas atribuições, independente da categoria profissional. Trabalhamos com uma comunidade em situação de vulnerabilidade. Além, de ser uma área de média endemicidade para hanseníase. Então, temos que estar preparados e atentos para uma escuta qualificada, além de estarmos abertos para o acolhimento, o cuidado para com todos os pacientes.

O cirurgião-dentista (CD) e sua equipe como parte integrante da ESF é considerada coadjuvante na busca ativa de pacientes com hanseníase, em municípios endêmicos. Apesar de lesões orais não surgirem em casos de hanseníase PB, nos casos de hanseníase virchowiana já houve relato na literatura. Além das lesões hipo ou hiperpigmentadas em face, infiltrados em face ou orelhas, nervos atingidos como trigêmeo, auricular e facial que pode ser observado durante o atendimento odontológico. Tornando-se um local de busca ativa e de detecção de casos novos (CORTELA; IGNOTTI, 2008; BRASIL, 2019).

Para Cortela (2014, p. 248) as ações de saúde bucal podem impactar no serviço e deve existir complementaridade e interdependência de ações para uma assistência integral e resolutive.

[...] a integralidade na atenção aos indivíduos com hanseníase se constrói com a participação de todos os profissionais da saúde, o que inclui o CD, como um “traço da boa medicina”, este poderia atuar com práticas não somente voltadas para recuperação e manutenção da saúde bucal, mas também na identificação e no encaminhamento de casos suspeitos para confirmação diagnóstica.

O que vem de encontro ao estudo realizado em Sobral-CE em que avaliaram as condições de saúde bucal dos pacientes com diagnóstico de hanseníase. Fizeram uma correlação significativa de reação hansênica e sangramento gengival. As lesões orais também estavam presentes na região do palato duro (FILGUEIRA et al., 2014).

Já os ACS não fazem porque acreditam que não há casos de hanseníase em suas microáreas, ou interpretaram busca ativa como avaliação de contato.

No momento em que se encontra um possível portador da doença, aconselhamos aos mesmos a comparecerem a unidade básica de saúde (ACS 1).

Não faço, porque não tenho casos na microárea (ACS 3).  
A busca ativa dos comunicantes é bem difícil, pois além da resistência das pessoas irem ao posto quando a gente manda e alguma coisa dá errado. Não é sempre mais acontece e aquele paciente não volta mais (ACS 19).

Não faço, porque minha microárea não tem casos de hanseníase (ACS 21).

No estudo de Lima et al. (2016) em que realizaram a busca ativa sistemática aos contatos de hanseníase em uma zona rural, considerada endêmica para a doença, acreditam que este seja o modo mais eficaz para a detecção precoce e controle da doença, principalmente, devido ao nível de escolaridade. Isso remete à importância do ACS que é considerado essencial para esta busca ativa, pois é elo entre a comunidade e o serviço.

### 6.3 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

No círculo de cultura a partir das palavras geradoras houve a discussão, percepções e resoluções para os problemas relacionados entre a organização do serviço de saúde e a atenção sobre hanseníase surgindo o tema percepção sobre o serviço de saúde.

Surgiu ainda a questão de para quem e quando encaminhar. Então, ficou acordado que seria para a equipe em dia previamente acordado entre eles. Não seria no dia da demanda espontânea devido ao quantitativo de pacientes e pouco tempo disponível para avaliar a mancha e o paciente por completo. Questão abordada com a equipe em outro segmento da pesquisa.

Os ACS conseguiram encaminhar contatos e casos suspeitos de hanseníase durante a pesquisa. Demonstrando que a maioria fez uso dos instrumentos propostos no plano de ação.

Outro aspecto importante discutido foi sobre a sobrecarga dos profissionais de saúde com o novo modelo de atenção, a falta de atendimento específico à hanseníase que poderia proporcionar atraso no diagnóstico, modificação das atribuições dos ACS, demora na resolutividade do atendimento e a redução do acesso às consultas de doenças crônicas e serviços devido à demanda espontânea (Quadro 8).

**Quadro 8 – Síntese da resolução da problemática, percepção sobre o serviço de saúde, Fortaleza, CE, 2019**

PERCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE	
PERCEPÇÕES	RESOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais de saúde sobrecarregados;</li> <li>- Falta do atendimento específico à hanseníase;</li> <li>- Mudança de atribuições dos ACS;</li> <li>- Demora da resolutividade do atendimento do paciente;</li> <li>- Acesso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização do atendimento;</li> <li>- O olhar perceptivo de cada profissional que atende ao paciente;</li> <li>- O acolhimento por todos;</li> <li>- Escolher um dia específico para o atendimento ao paciente com suspeita de hanseníase;</li> <li>- Acolhimento – olhar humano; receber de forma adequada, ter o cuidado, saber escutar.</li> </ul>

Fonte: Círculo de cultura, tema hanseníase, Fortaleza, Jun, 2019.

Como resolução desta problemática, foi sugerido a reorganização do atendimento, um olhar mais atento do profissional às necessidades do paciente, bem como a realização do acolhimento por todos os profissionais, não somente o médico ou enfermeira; e ter o dia específico para o atendimento ao paciente com hanseníase.

O atraso no diagnóstico de hanseníase pode ser tanto pelo paciente como pelo serviço de saúde como sugere o estudo de Henry et al. (2016), que utilizaram variáveis. Para a variável de atraso pelo paciente em busca do serviço, pelo medo de ser hanseníase e ser isolado pela comunidade era dez vezes maior do que aqueles que não temiam o isolamento. Pouco menos da metade da amostra acreditavam que seus sintomas não eram sérios. Já em relação ao sistema de saúde eles encontraram demora no diagnóstico desde a primeira consulta do paciente com atraso de até dez anos, e em relação ao erro de diagnóstico que foi três vezes maior do que os pacientes que receberam o diagnóstico correto ou não receberam o diagnóstico na primeira consulta. E nesse estudo, tiveram um diagnóstico 55% mais rápido, os pacientes que apresentavam lesões insensíveis em relação aos que não apresentavam este sintoma.

Em nosso estudo, foi proposto para sanar o atraso na consulta, avaliar a demanda e disponibilidade da vaga. Assim, entramos no consenso de que o paciente com mancha de hanseníase pode esperar uma ou duas semanas para ser avaliado. E o ACS ao encontrar uma mancha suspeita encaminha para ser avaliado pela enfermeira. Do mesmo modo, acordamos no grupo que o fluxo ficaria sendo o ACS comunica ao/à enfermeiro/a que avalia e caso haja necessidade agenda ou fala com o médico. Além disso, este momento deve existir nas reuniões de equipe.

Solicitar busca ativa pelo ACS; Busca ativa consulta/acolhimento; Vaga semanal disponível para exame de manchas; Acordar ação conjunta médico/enfermeiro (MED1).

Disponibilidade de agenda/Avaliação; Busca ativa (incentivo aos ACS e durante as consultas) (ENF1).

Incentivar os ACS a avaliar sinais e sintomas para repassar ao enfermeiro; Pacientes com manchas, não deixar de fazer avaliação clínica e solicitar exames se os sintomas forem indicativos de hanseníase; Repassar, caso encontre uma confirmação logo para o médico para os encaminhamentos (ENF3).

Um aspecto reforçado foi que realmente, deve ser encaminhado paciente com mancha suspeita. Como os ACS estão utilizando o instrumento de busca ativa para hanseníase, este fato deve contribuir como orientador e melhorar os encaminhamentos.

A intensificação da avaliação de contatos também foi um dos pontos relatados entre os participantes.

Intensificar avaliação dos contatos; Realizar buscas em ações de saúde; Informações de rotinas a grupos e na UAPS (sempre como alerta); Oferecer vagas na agenda para avaliação de suspeitos pelo ACS (ENF2).

Para os estudiosos Lima et al. (2016), Lobato et al. (2016), Moura et al. (2015), Brasil (2019), OMS (2016) a busca ativa é considerada primordial, visto que a área é considerada endêmica, e portanto eficiente para a detecção precoce dos casos de hanseníase. Algo que foi trabalhado durante todo o período da pesquisa-ação.

Acerca dos exames, a baciloscopia de linfa foi colocado a questão abordada na mini-exposição, que deve ser sempre lembrado de que a baciloscopia negativa, não descarta a hanseníase, e sim a avaliação clínica é soberana, além de poder ser uma hanseníase PB ou Dimorfa (MB).

Busca ativa no consultório, avaliando todos os pacientes de nosso dia a dia. E os suspeitos pelo nosso serviço de enfermagem da área, programando retorno em dia a ser combinado, segundo a disponibilidade na agenda. (MED2)

Neste contexto, ficou perceptível o incentivo à busca ativa, a avaliação do paciente com mancha suspeita em data a combinar com a equipe e a vaga reservada na agenda para avaliação. Com isto, foi traçado o plano de ação para este grupo (Apêndice J).

#### 6.4 FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE PELA COMUNIDADE

Quanto à falta de conhecimento acerca da hanseníase pela comunidade, (Quadro 9) sugeriram ampliar as palestras, divulgar em locais onde já existem os grupos, utilizar a televisão da UAPS para divulgar a temática, divulgar durante as visitas domiciliares. Indo de encontro ao que dizem Lopes e Lana (p. 237, 2015):

A utilização de cartazes é compreendida como parte da cultura dos serviços de saúde, por promoverem a mobilização do público, mas se sabe que nem sempre são lidos pelas pessoas que frequentam as unidades. As ações educativas podem contribuir para o desenvolvimento de conhecimento e o combate à desinformação sobre a hanseníase. Quando realizadas em pequenos grupos, possibilitam a interação, a reflexão e a construção de novos saberes. O cuidado em saúde deve ser construído na relação entre profissionais de saúde, família e doentes, na troca de informações, como forma de propor a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida de todos.

Com estes dados e percepções dos ACS através do círculo de cultura foi construído o plano de ação GR2 (Apêndice K).

A educação em saúde é realizada de forma rotineira na UAPS, no período da manhã (Apêndice Q). Durante a pesquisa conseguimos ampliar para outros locais como o Centro de Inclusão Tecnológica e Social (CITS) do Parque São José (público adolescente), no mês de julho; Escola Marieta Guedes (um evento para os pais), no mês de agosto; em dois momentos na escola profissionalizante (Apêndice R), no mês de agosto.

**Quadro 9 – Síntese da resolução da problemática, falta de conhecimento da comunidade sobre a hanseníase**

(Continua)

FALTA DE CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE	
RESOLUÇÃO E SUGESTÕES	RESSALVAS
- Fazer palestras na comunidade (Igrejas, Colégios, associações, etc).	- Para divulgar o tema em grupos já existentes.
- Distribuir panfletos nas visitas domiciliares.	- Foi substituído por vídeo, banners, cartazes, teatro de fantoche. Pois foi questionado por alguns o desperdício de panfletos, acúmulo de lixo, bem como poluição do meio ambiente e lagoas.
- Mais divulgação da doença nos meios de comunicação.	- Utilizar a televisão da Unidade de Saúde para fornecer as informações.

- Abranger o leque de informações das doenças nas visitas domiciliares, não focando apenas em Hipertensão, diabetes, tuberculose, câncer...	- Durante a visita dar informações e fazer a <u>busca ativa</u> .
- Discutir na equipe de saúde da ESF estratégias de prevenção das doenças.	

Fonte: Círculo de cultura, tema hanseníase, Fortaleza, Jun, 2019.

Constatamos o quão observadores são os ACS de sua realidade, e com o olhar crítico na busca de soluções dos problemas, e um bom contato com a comunidade, tornaram-se resolutivos.

Na atividade de dispersão um ACS encontrou a recusa do tratamento, que foi avaliada por profissional da UAPS. E o que fazemos para tornar o paciente consciente de seu diagnóstico? No círculo de cultura tivemos sugestões e dicas.

Para Muthuvel et al. (2017, p. 2) em seu estudo realizado na Índia para determinar os fatores de riscos associados à GIF 2 eles concluem que:

A conscientização das comunidades e profissionais de saúde em relação aos sintomas iniciais da hanseníase, envolvimento do provedor privado de saúde no diagnóstico precoce da hanseníase e aumento da capacidade do pessoal do sistema geral de saúde, especialmente direcionados a áreas de alta endemicidade que são hotspots para transmissão da hanseníase, pode ajudar a reduzir atrasos no diagnóstico.

Na busca dos contatos um ACS fez o seguinte relato referente aos familiares de um dos pacientes que é acompanhado no Centro de referência.

Os três contatos (esposa e duas filhas) do paciente que faz tratamento no Centro de Referência, encontrei na visita e os convidei a vir para a avaliação. Disseram que estavam ocupados. Ofereci carona e mesmo assim informaram que não estavam doentes. (ACS 9)

Este relato traz à tona a reflexão sobre as dificuldades de se captar o contato para avaliação e da falta de conhecimento em relação à doença. Que meios e estratégias podemos utilizar para acompanhar estes casos, resistentes ao atendimento? A equipe da ESF precisa estar disposta a buscar e não desistir de tentar. Seja através da educação, ou através de visita domiciliar da equipe multiprofissional.

No estudo de Nascimento (2009, p. 6) constatou que:

[...] a educação será o principal método capaz de transformar os profissionais de saúde para desenvolver ações efetivas no tocante às condutas terapêuticas, métodos diagnósticos, diagnóstico precoce, prevenção,

tratamento das incapacidades, redução do estigma, inclusão social e controle da endemia, melhorando significativamente a qualidade de vida dos portadores de hanseníase no Brasil, em níveis dos países desenvolvidos.

Demonstrando a necessidade de educação em saúde e palestras, indo de encontro às percepções dos ACS durante o círculo de cultura. Ações que também fazem parte dos pilares e componentes da estratégia global para hanseníase 2016-2020 (OMS, 2016, p. 25).

Reforçar a conscientização dos pacientes e da comunidade sobre a hanseníase. Promover a detecção precoce de casos mediante busca ativa (por exemplo, campanhas) em áreas de maior endemicidade e manejo dos contatos. Assegurar o início imediato e a adesão ao tratamento, o que inclui o trabalho para melhorar os esquemas de tratamento. Melhorar a prevenção e o manejo das incapacidades.

Os profissionais de todos os grupos interligaram as informações a serem divulgadas nas escolas, creches e com o Programa Saúde na Escola (PSE). Pois surgiu esta temática nos questionários e no círculo de cultura, como podemos observar.

É uma doença difícil de se ter conhecimento, por isso é necessários várias palestras e muitas informações. (ASB Q1)  
Poderia ter mais informação para minimizar o preconceito e a falta de informação sobre a doença. (ACS Q16)

## 6.5 NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO EM TODAS AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Esta demanda surgiu desde a aplicação do questionário, de forma implícita ou explícita já se percebia o quão necessário é a capacitação em hanseníase nesta UAPS. Foi relatada esta necessidade em todas as categorias profissionais.

Como cirurgiã-dentista, não recebi formação/capacitação sobre hanseníase. Diante da exposição inicial feita pela profissional responsável pela pesquisa, gostaria de receber alguma capacitação para realizar busca ativa, dentro da minha área de atuação, atendimento clínico-odontológico. (CD Q1)  
Gostaria de mais informações práticas sobre o tema. (NASF Q3)  
Solicitar curso de Hansen para todos os profissionais com prática no Centro de Saúde D. Libânia. (ENF Q3)  
Acho que falta capacitação sobre o tema. Além disso, a incidência de casos deve sempre ser repassada para a UAPS como um todo. (ENF Q4)  
Faz-se necessário um treinamento mais detalhado sobre essa temática, para garantir uma melhor assistência a esse paciente. (ENF Q5)

Estas falas demonstram a fragilidade da educação permanente e a necessidade de incluir todos os profissionais e trabalhadores de saúde, a fim de buscar e detectar precocemente os casos de hanseníase.

No estudo ocorrido em Pernambuco por Souza et al. (2015, p. 614) acerca da visão dos profissionais sobre efetividade de treinamentos, em relação aos médicos:

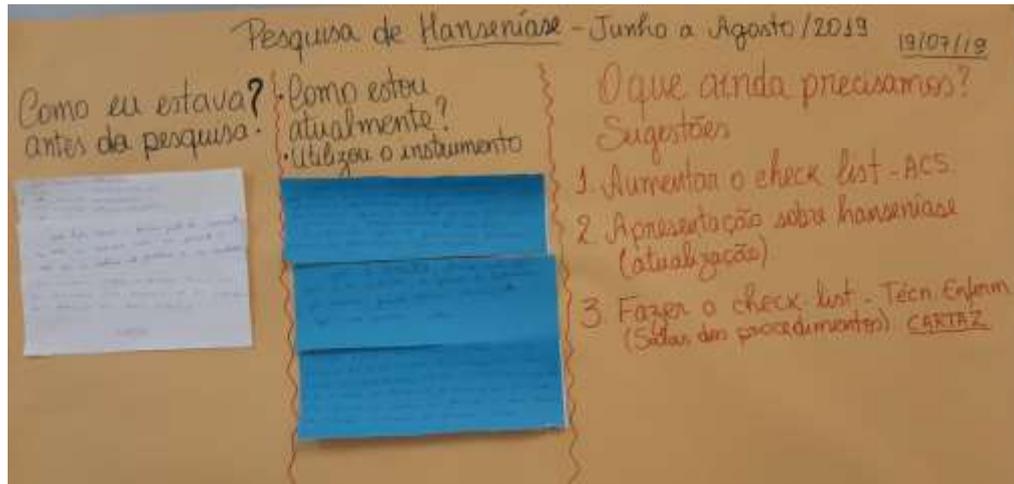
[...] revelaram pouco envolvimento no acompanhamento dos casos, atividades administrativas (medicação, articulação com referência), sistema de informação, busca ativa e vigilância dos contactantes. A falta de articulação interna das equipes foi percebida como um forte obstáculo para aplicação do aprendizado sobre hanseníase no trabalho e um elemento importante da sobrecarga laboral, em especial da enfermeira.

## 6.6 AVALIAÇÃO FINAL DA PESQUISA-AÇÃO

Para que este momento ocorresse foi de forma previamente acordada, falando com o grupo ou individualmente para encontrar com os profissionais e fazermos as avaliações, não havendo a necessidade de todos estarem presentes no mesmo momento.

Dispomos em forma de círculo, foi exposta a importância da participação deles durante o processo da pesquisa. Realizado os devidos agradecimentos, foi entregue tarjetas e canetas, onde eles descreveriam em uma tarjeta branca como eu estava antes da pesquisa? E na tarjeta colorida como estou atualmente? (PAINEL DE ENCERRAMENTO). Para os ACS deveriam responder se utilizaram o instrumento de busca ativa nas visitas domiciliares. A finalidade para esta avaliação deve-se ao fato de avaliar se houve modificação da prática e do saber, como orienta a pesquisa-ação.

### Foto 15 – Avaliação final das práticas e saberes em hanseníase



Fonte: elaborado pela autora

As respostas foram dispostas com o intuito de avaliar as melhorias com a pesquisa-ação e a dos planos de ação de cada grupo. Houve relato de modificação, melhoria e aprendizado com a prática como nas falas a seguir.

Dificuldade na avaliação de pacientes suspeitos e das condutas; não existia na agenda, dia específico para avaliação. DEPOIS: Melhoria [...] em avaliar o paciente suspeito, não sabia realizar os testes de avaliação. Disponibilidade na agenda para avaliar paciente suspeito (ENF 1)

Dificuldade na avaliação neurológica dos pacientes com hansen. Desconhecimento dos dados epidemiológicos atuais. DEPOIS: Melhoria da habilidade na palpação de troncos nervosos; maior sensibilização para busca ativa; atualização da epidemiologia e acompanhamento. (ENF 2)

Após os encontros houve um matriciamento acerca do assunto e tive a oportunidade de aprofundar os conhecimentos e práticas com identificação de casos. (MED 1)

Fiquei muito grato por seu compartilhamento das experiências e conhecimentos sobre o assunto. O que você passou aguçou novamente a necessidade de busca ativa. (MED 2)

Podemos observar que os profissionais do GR 1, conseguiram apreender o que foi construído nas oficinas, indo de encontro aos que dizem os estudiosos acerca de capacitações. Como no estudo de Moreno; Enders; Simpson (p. 675, 2008).

[...] há necessidade da continuação da educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, com enfoque em hanseníase, considerando a sua importância para a saúde pública brasileira. A capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente. Esta reflexão, realizada no próprio serviço, estimula muito mais o profissional. Tudo leva a crer que não há um caminho

mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde. São muitas as dúvidas que rodeiam a todos em relação a essa doença tão antiga. Mas, atualmente, há uma certeza: só depende de cada um assumir o compromisso com a prática diária, pois hanseníase tem cura.

## Fato observado também entre os ACS, GR 2.

Não observava com olhar de preocupação e nem de investigação em relação aos pacientes. (ACS 1)

Hanseníase para mim era um problema como um outro qualquer cujo meu olhar não estava voltado a busca ativa por achar que não existia com frequência, [...] Após participar da pesquisa e ficar sabendo dos dados e da gravidade do problema e das sequelas e marcas deixadas nos pacientes surgiu uma preocupação muito maior e a responsabilidade de ajudar a detectar os casos de forma rápida para que o paciente não fique com tantas sequelas e que outras pessoas não sejam afetadas. (ACS 12)

Tinha esquecido alguns sinais; não dava mais o olhar para o assunto; não sabia mais a quem procurar. Novos conhecimentos; olhar atento a cada visita domiciliar; aumento ao encaminhamento à unidade de saúde. (ACS 15)

Antes, [...], minha visão sobre hanseníase, assim como de algumas pessoas, era mais restrita, mas não totalmente desorientado sobre tal problemática, [...]. Mas desde sempre já tinha o olhar voltado com atenção para hanseníase. Depois da capacitação e apresentação dos dados, vejo que mesmo com o cuidado devido, deve-se sempre buscar, o diagnóstico cedo. Às vezes descartamos alguns sintomas pelo simples fato de não acreditar em tal coisa pelo histórico e conhecimento sobre a família. Minha busca hoje se torna mais específica e direcionada sobre o assunto. (ACS 18)

## Entre os profissionais do GR 3 observou-se:

Antes era olhar limitado e não conhecia os sinais e sintomas. Agora dá para ter uma noção melhor sobre a hanseníase e como proceder para encaminhar e orientar o paciente. (CD 2)

Antes de conhecer mais sobre a hanseníase eu não sentia uma segurança em para dar orientação básica, mas já agora o meu olhar está mais clínico para os sinais (até mesmo quando estou num ônibus, por exemplo), porém tenho que colocar em prática a busca ativa durante um atendimento. (NASF 3)

Meu olhar em relação a alguns sinais melhorou, porém, ainda não me sinto segura devido a ter pouca prática. (NASF 1)

Sabia algumas coisas sobre hanseníase... Mas após a prática, com o ganho de aprendizado facilitará ainda mais na detecção das manchas suspeitas e também nos tipos de hanseníase. (NASF 4)

Os profissionais sugeriram: 1) aumentar o guia de orientação de busca ativa para que os ACS utilizem como roteiro nas visitas domiciliares; 2) os Técnicos de Enfermagem solicitaram em forma de cartaz nas salas de procedimentos; 3) atualizações sobre hanseníase de forma mais frequente; 4) retornar a realização do

Dia da Mancha ou ter o dia específico da avaliação da mancha em cada equipe; 5) foi sugerido entre os grupos 1 e 3 o atendimento multiprofissional com o NASF/Dia da Mancha; realizar matriciamento e estudo de casos com os profissionais do NASF e ESF; 6) NASF: realizar busca ativa durante as visitas e ações de saúde realizadas nas escolas, grupos de idosos, dentre outros.

Fica constatada com estas falas a importância da pesquisa-ação em hanseníase desenvolvida nesta Unidade de Saúde. Os profissionais precisam de estímulo, de envolvimento, de atualizações, reafirmando o estudo de Moreno, Enders e Simpson (2008).

Muitas vezes o fazer de forma rotineira e automática sem se atentar ao processo saúde-doença da população fica no esquecimento. Daí a importância da educação permanente para o aprendizado contínuo.

A pesquisa-ação foi valiosa na execução deste estudo, pois possibilitou a interação entre nós profissionais, a troca de saberes e experiências, havendo o compartilhamento do conhecimento e a mudança de prática.

Os encontros foram possíveis devido à importância do tema, tanto por causa da problemática que a hanseníase traz, bem como, pelo interesse por parte dos profissionais em querer melhorar a assistência prestada. Acredito que a forma que foi discutida inicialmente, sensibilizou os profissionais a querer fazer parte deste estudo.

Os participantes demonstraram interesse e apesar de não haver um conhecimento prévio de prática densa, em relação à avaliação de incapacidade física, no início, como revelou a avaliação dos questionários, eles demonstraram ter habilidade e vontade de aprender. O que facilitou a pesquisa-ação e todo o seu desenvolvimento com este grupo.

Atualizações, análise da situação e vigilância epidemiológica do serviço demonstrou ser de fundamental importância para a aplicação da pesquisa-ação, pois muitas vezes não existe no cotidiano este olhar direcionado para tal processo de trabalho e, portanto, não conseguimos observar as necessidades prioritárias do serviço e acabamos cometendo desvios de atendimento. Mas que muitas vezes, não depende apenas dos profissionais, mas a forma de gerir o serviço. Cada local tem suas peculiaridades, até mesmo em bairros vizinhos, quiçá em uma capital.

A pesquisa-ação, por si só, não foi suficiente para suprir as necessidades desta unidade de saúde. Para dar continuidade ao processo de educação permanente dos profissionais de saúde solicitamos às responsáveis técnicas da Educação Permanente e da Hanseníase da CORES V a capacitação deles em avaliação dermatoneurológica e avaliação da prevenção de incapacidade física que ocorrerá de outubro a dezembro de 2019.

## 7 CONCLUSÃO

O círculo de cultura propiciou a visão com a descrição crítica e objetiva. Assim como nos momentos de discussões para resolução dos problemas encontrados.

Após o término da pesquisa, observou-se mudança na prática de todas as categorias. Uns profissionais mais do que outros, mantendo a continuidade do plano de ação, onde foi encaminhado caso suspeito para enfermeiro da equipe avaliar.

Em algumas falas constatamos o desconhecimento em relação à gravidade da hanseníase. E o quanto deve ser incentivado a educação em saúde e a educação permanente acerca da temática para a comunidade e para os profissionais, em especial os ACS, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal.

Durante a pesquisa, foi incentivada a busca ativa de idosos, visto que a população idosa da unidade está cada vez maior. E devemos estar atentos a esta população, visto que no Ceará há uma maior prevalência de casos MB nesta faixa etária.

Analisando todo o contexto da pesquisa-ação acerca desse estudo, ficou a certeza de que ao serem estimulados e fazendo parte do processo de organização do que se pretende realizar, os ACS formaram parceria e houve a participação ativa de todo o processo. Ocorrendo a receptividade pela maioria dos participantes.

O georreferenciamento foi considerado de suma importância porque é possível visualizar os casos e ter noção do todo. E uma das características foi a de que áreas que se acreditavam não ter casos de hanseníase, com a apresentação do mapa, demonstrou que existiam, e que realizaram tratamento no Centro de Referência. O que trouxe à tona a questão do preconceito em não realizar o tratamento na UAPS devido às proximidades com vizinhos, familiares e o próprio ACS.

A utilização do instrumento de busca ativa de pacientes com manchas suspeitas se mostrou eficiente e eficaz para identificação da mancha, sendo utilizado pela maioria dos ACS quando houve necessidade.

O estudo demonstrou limitações como pacientes da relação que haviam mudado de endereço e não foi possível encontrá-los; ou pacientes e seus contatos que viajaram e durante o período da pesquisa não retornaram.

A pesquisa revelou a necessidade de busca ativa diária nas visitas domiciliares pelos ACS e equipes que realizam esta ação; bem como, por todos os profissionais que atuam na UAPS, visto que a área é de média endemicidade.

Os profissionais muitas vezes ficam aquém das atualizações e não conseguimos ver as necessidades reais para que mais atualizações ocorram e haja interação entre eles. As oficinas são participativas, criativas, produtoras de conhecimento mútuo. Mas o profissional tem que se disponibilizar, precisa querer saber sobre determinado assunto. Muitas vezes necessário, mas que não se atentam, por não conhecer a realidade.

Ficaram constatadas na realização da pesquisa as fragilidades no acompanhamento dos casos de hanseníase desde a busca ativa até o processo de diagnóstico, acompanhamento, avaliações dermatoneurológica e prevenção de incapacidade física. Quanto à avaliação de contatos, havia divergência nas condutas dos profissionais participantes. Contudo, observamos melhora desta prática ao utilizar o instrumento elaborado durante a pesquisa-ação.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Foi ampliado o guia de sinais e sintomas para busca ativa de casos suspeitos de hanseníase para ser utilizado como roteiro de visita domiciliar pelo ACS. E nas salas de procedimentos da UAPS, como ferramenta para que os profissionais fiquem atentos às características das manchas, servindo como guia norteador de busca ativa.

Foi sugerido ainda que houvesse capacitações sobre hanseníase com maior frequência. E voltasse o dia da mancha, sendo considerado por eles um momento ímpar para a detecção de casos novos.

Os ACS sugeriram ainda que o NASF fizesse mensalmente com os profissionais um momento de terapia de 20 ou 30 minutos. Demonstrando assim o cuidado com a saúde do trabalhador.

Durante a pesquisa os participantes demonstraram interesse em realizar as atividades, sendo poucos os resistentes. Observamos que há necessidade de atualização mais frequente, de incentivos, de formação de educação permanente com trocas de saberes entre as equipes e o NASF. O atendimento multiprofissional torna-se importante, além de dar segurança aos procedimentos, por meio de vivências práticas e compartilhamento.

## REFERÊNCIAS

AGRÍCOLA, Ernani. A Lepra no Brasil (Resumo histórico) In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1960. p. 11-29.

ARANTES, Cíntia Kazue; GARCIA, Maria Luiza Rufino; FILIPE, Mariana Scombati; NARDI, Susilene Maria Tonelli; PASCHOAL, Vânia Del'Arco. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

ARAÚJO, Maria Fátima Maciel, et al. Método de oficinas In: SOUZA, Ângela Maria Alves e (Org.). **Coordenação de Grupos: Teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011. p. 117-138.

AQUINO, Camilla Maria Ferreira; ROCHA, Edrienny Patrícia Alves Accioly; GUERRA, Marília Cruz Gouveia; CORIOLANO, Maria Wanderleya de Lavor; VASCONCELOS, Eliane Maria Ribeiro; ALENCAR, Eloine Nascimento. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 185-90, mar/abr, 2015;

BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2007.

BARCELLOS, C; RAMALHO, W. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em Saúde no Brasil, **Informática Pública**, v. 4, n. 2, p. 221-230, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod\\_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa\\_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BARRETO, Jaison A. Diagnóstico laboratorial da hanseníase: indicações e limitações. In: ALVES, Elioenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. p. 131-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 5 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Os círculos de cultura na promoção da cidadania e saúde. In: \_\_\_\_\_. **Idéias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 38-43.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Hanseníase In: \_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 293-324, 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 4, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia Prático Sobre a Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.

BRITTON, Warwick J; LOCKWOOD, Diana N. J. Leprosy. **The Lancet**, v. 363, p. 1209-1219, Apr, 2004.

CANDAU, Vera Maria. **Oficinas pedagógicas de direitos humanos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

CARNEIRO, Daiane Freitas; SILVA, Mila Michele Batista; PINHEIRO, Mariana; PALMEIRA, Iací Proença; MATOS, Everson Vando Melo; FERREIRA, Angela Maria Rodrigues. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, p. 1-9, 2017.

CARVALHO, Nirvania do Vale; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de. Ações realizadas por profissionais de Saúde da Família no controle da hanseníase em um município hiperendêmico. **J. Health Biol Sci.**, v. 3, n. 3, p. 144-150, 2015.

CEARÁ. (Estado). Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins/>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

CORTELA, Denise da Costa Boamorte. Odontologia na Hanseníase. In: \_\_\_\_\_. **Hanseníase: avanços e desafios**. [S.l.:s.n.], 2014. p. 245-257.

CORTELA, Denise da Costa Boamorte; IGNOTTI, Eliane. Lesões visíveis na hanseníase: o papel do cirurgião-dentista na suspeita de casos novos. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 4, p. 619-32, 2008.

DANTAS, Vera Lúcia de Azevedo. **Dialogismo e arte na gestão em saúde**: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza. 2009. 145f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de pós-Graduação da Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

DANTAS, Vera Lúcia de Azevedo; LINHARES, Ângela Maria Bessa; SILVA, Elias José da; LIMA, Raimundo Félix de; SILVA, Maria Rocineide Ferreira; et al. Cirandas da Vida: Dialogismo e arte na gestão em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl.1, p.46-58, 2012.

DINIZ, Orestes. **Profilaxia da Lepra no Brasil**: evolução e aplicação no Brasil. Rio de Janeiro:[s.n.], 1960.

EIDT, Letícia Maria. Breve História da Hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio/ago. 2004.

FEITOSA, Adília Maria Machado. **A institucionalização da Hanseníase no Ceará**: do leprosário de Canafístula ao Centro de Convivência Antônio Diogo. 2008. 145f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

FILGUEIRA, Adriano de Aguiar; PARESQUE, Márcio Anderson Cardozo; CARNEIRO, Sandra Maria Flor; TEIXEIRA, Ana Karine Macedo. Saúde bucal em indivíduos com hanseníase no município de Sobral, Ceará. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 155-164, jan/mar, 2014.

FOUCAULT, Michel. O Grande Medo. In: FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989. p. 387-416.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática de Liberdade**. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. p. 85-121.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa, São Paulo: Paz e Terra, 1996. 54p.

GELUK, Annemieke; DUTHIE, Malcolm S.; SPENCER, John S. Postgenomic Mycobacterium leprae antigens for cellular and serological diagnosis of M. leprae exposure, infection and leprosy disease. **Lepr Rev**, v. 82, p. 402 – 421, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. [S.l.]: LTC, 1988.

HENRY Mary, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An Explorative, Quantitative, Questionnaire Based Study. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 15, 2016.

HOTEZ, Peter J.; BOTTAZZI, Maria Elena; FRANCO-PAREDES, Carlos; AULT, Steven K.; PERIAGO, Mirta Roses. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 2, Sep. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. L. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 1, jan./fev. 2011.

LIMA, Rosemary Soares Ker e; OLIVEIRA, Lorena Bruna Pereira de; GAMA, Rafael Silva; FERREIRA, José Antônio Guimarães; GROSSI, Maria Aparecida de Faria; et al. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. **Hansen Int.**, v. 41, n. 1-2, p. 55-63, 2016.

LOBATO, Diana da Costa; NEVES, Dilma Costa de Oliveira; XAVIER, Marília Brasil. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil, **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 7, n. 1, p. 45-53, 2016.

LOCKWOOD, Diana N. J. Tratamento da lepra. **BMJ**, v. 328, p. 1447-1448, jul, 2004.

LOCKWOOD, Diana N. J.; SUNEETHA, Sujai. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**, 83, v. 3, p. 230-235, mar, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/bwho/2005.v83n3/230-235/en>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

LOPES, Fabiana Nascimento; LANA, Francisco Carlos Félix. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 235-40, mar/abr, 2015.

LYON, Sandra; GROSSI, Maria Aparecida de Faria. Diagnóstico e tratamento da hanseníase In: ALVES, Elíoenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. p. 141-169.

MACIEL, Laurinda Rosa. **Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade**: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. 165f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, Niterói, 2007.

MACIEL, Laurinda Rosa; FERREIRA, Isaias Nery. A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória In: ALVES, Elíoenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. p. 19-40.

MARTINS, Álissan Karine Lima; SOUZA, Ângela Maria Alves; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Círculos de cultura com a equipe da estratégia saúde da família In: SOUZA, Ângela Maria Alves e. **Coordenação de Grupos: Teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011. p. 297-308.

MATOS, Thaís Silva; MATOS, Lilian Ramine Ramos de Souza; BEZERRA, Naiara Kássia Macêdo da Silva; BARROS, Pollianna Tavares de; SOUZA, Carlos Dornels Freire de. Endemia hansênica em menores de 15 anos e a ampliação da atenção primária no município em Juazeiro, Bahia: estudo de séries temporais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2., 2017. [S.l.]. **Anais...** [S.l.]: ONBRACIS, 2017. Disponível em: <[https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA7\\_ID2035\\_15052017212241.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID2035_15052017212241.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2019.

MAURANO, Flávio. História da Lepra no Brasil e sua Distribuição Geográfica In: \_\_\_\_\_. **Tratado de Leprologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950. p. 14-61.

MELO, C. F. de. Hanseníase: do preconceito ao conhecimento: Uma abordagem sobre a contribuição do cirurgião dentista na hanseníase. **Telessaude**, v. 2, p. 49, 2017.

MENDONÇA, Vanessa Amaral; COSTA, Rosane Dias; MELO, Gustavo Eustáquio Brito Alvim de; ANTUNES, Carlos Maurício; TEIXEIRA, Antônio Lúcio. Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Minas Gerais, v. 83, n. 4, p. 343-350, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MOREIRA, Ana Jotta; NAVES, Juliane Moreira; FERNANDES, Luciane Fernanda Rodrigues Martinho; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG, **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, abr-jun, 2014.

MORENO, Cléa Maria da Costa; ENDERS, Bertha Cruz; SIMPSON, Clélia Albino. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, p. 671-5, 2008.

MOURA, Lia Matos Anchieta de; PEREIRA, Mayson Anderson; VELOSO, Laurimay Caminha. Estratégias utilizadas pelos serviços de saúde na detecção precoce da hanseníase: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 9, p. 130-150, jan./jul, 2015.

MUTHUVEL, T.; GOVINDARAJULU, S.; ISAAKIDIS, P.; SHEWADE, H.D.; ROKADE, V.; SINGH, R.; et al. "I Wasted 3 Years, Thinking It's Not a Problem": Patient and Health System Delays in Diagnosis of Leprosy in India: A Mixed-Methods Study. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 11, n. 1, 2017.

NARDI, Susilene Maria Tonelli; PASCHOAL, José Antônio Armani; PEDRO, Heloísa da Silveira Paro; PASCHOAL, Vânia Del'Arco; SICHIERI, Eduvaldo Paulo. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v. 72, n. 3, p. 185-191, 2013.

NASCIMENTO, D. C. Hanseníase: Educar para controlar. **Hansen Int**, v. 34, n. 1, p. 5-6, 2009.

OLIVEIRA, Maria Leide W. Estratégias de prevenção e controle da Hanseníase In: ALVES, Elíoenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. p. 401-418.

OLIVEIRA, Moisés de. Blog. Disponível em: <<http://moises-de-oliveira.blogspot.com.br/2015/04/idh-dos-bairros-da-regional-v.html>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araújo. Contribuição ao estudo da terapêutica da lepra. **Hanseníase**, São Paulo, v. 1, p. 08-28, 1972.

\_\_\_\_\_. Manifestações clínicas e reações. In: \_\_\_\_\_. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p. 51-58.

\_\_\_\_\_. Classificação da Hanseníase In: \_\_\_\_\_. **Atlas de hanseníase**. Por Diltor Vladimir Araujo Opromolla e Somei Ura. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002. p. 06-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Epidemiologia**: situação epidemiológica, ônus e distribuição. 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/lep/epidemiology/en/>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015**: diretrizes operacionais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 70p, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020**: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase, 2016, 36p. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/79789290225201-pt.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. **Guia para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. [S.l.:s.n.], 2000, 39p.

PACHÁ, Démétrius Alexandre Zambaco. **Antologie**: La lèpre a travers les siècles et les contrées (Antologia: a lepra através dos séculos e dos países). Paris: Masson & Cie Editeurs, 1914. p. 1-50.

PIRES, Aderlene Rodrigues; BARBOZA, Renato. Sensibilização de profissionais de saúde para a redução de vulnerabilidades programáticas na hanseníase. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 484-494, 2015.

QUAGLIATO, Reinaldo. Classificação de Lepra – Madrid, 1953: critério clínico. **Revista Brasileira de Leprologia**, p. 17-32, 1959.

QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. Um pouco de história da hanseníase In: \_\_\_\_\_. **A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 25-38.

RIBEIRO, Mara Dayanne Alves; CASTILLO, Iraneide da Silva; SILVA, Jefferson Carlos Araújo; OLIVEIRA, Sabryna Brito. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da Hanseníase na atenção básica **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 221-228, abr/jun, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA. **Reitera apoio ao documento da relatoria especial da ONU para hanseníase**. Disponível em: <<http://www.sbhansenologia.org.br/noticia/sbh-reitera-apoio-ao-documento-da-relatoria-especial-da-onu-para-hanseníase>> Acesso em: 8 ago. 2019.

SOUZA, Ana Lúcia Alves de; FELICIANO, Kátia Virgínia Oliveira; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase. **Rev Esc Enferm-USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 610-618, 2015.

SOUZA, Monique Feitosa de; VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 817-834, out./dez, 2017.

STARFIELD, Bárbara. Interação profissional-paciente. In: \_\_\_\_\_. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**: Brasília, UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 291-312.

\_\_\_\_\_. Profissionais de atenção primária, subespecialistas e outros profissionais não-médicos. In: \_\_\_\_\_. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 133-176.

TANAJURA, Laudelino Luiz Castro; BEZERRA, Ada Augusta Celestino. Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas. **Rev. Eletrônica Pesquiseduca**, Santos, v. 07, n. 13, p.10-23, jan./jun, 2015.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

\_\_\_\_\_. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First WHO report on neglected tropical diseases:** working to overcome the global impact of neglected tropical diseases, Geneve: World Health Organization; 2010. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44440/9789241564090\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44440/9789241564090_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 5 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record.**, v. 94, n. 35/36, p. 389-412, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>>. Acesso em: 5 set. 2019.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS, FORTALEZA-CE**

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Hanseníase: Desafios da Atualidade para Melhoria do Serviço na Estratégia Saúde da Família”. Tem como objetivo: Construir um plano de ações de controle da hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família da UAPS José Paracampos, no ano de 2019. Assim, pedimos sua colaboração neste estudo para responder a um questionário, sobre o seu conhecimento acerca da Hanseníase, sua prática no cotidiano e no atendimento aos pacientes, quanto a organização do serviço, registros, treinamentos, busca ativa. Solicito ainda sua autorização para gravar em áudio ou vídeo as conversas e procedimentos gerados durante o período da pesquisa. Garantimos que a pesquisa não trará nenhum prejuízo ao seu processo de trabalho independente de sua opinião sobre o assunto. Todos os riscos e transtornos advindos dos procedimentos serão minimizados por mim enquanto pesquisadora, pois houve capacitação para condução desta atividade. Os benefícios desta pesquisa serão sua contribuição para gerar melhorias na assistência do serviço prestado à comunidade, troca de conhecimentos e experiências que poderão contribuir com a organização do fluxo, além da melhoria na qualidade de vida dos pacientes com hanseníase e de seus familiares e redução das taxas de detecção a longo prazo. Os riscos em relação a esta pesquisa poderá ser constrangimentos ou algum tipo de incômodo em compartilhar as informações pessoais, profissionais ou confidenciais realizadas durante o questionário ou na realização do atendimento. Podemos conversar acerca das aflições, e você poderá continuar ou desistir; você poderá ou não expressar seus sentimentos, o pesquisador se responsabiliza em proporcionar assistência integral, caso isto ocorra. No questionário e durante o tempo de pesquisa: registros, observações e todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação, é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando sua identificação. Asseguro ainda a devolutiva dos dados da pesquisa ao serviço para os profissionais desta Unidade de Saúde em momento agendado após o seu término.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador,

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_  
Fortaleza-CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Contato: e-mail: [syl\\_grangeiro@hotmail.com](mailto:syl_grangeiro@hotmail.com). Cel.: (85) 98527.6011

## APÊNDICE B – Termo e Autorização de Uso de Imagem

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_ à Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem (ou do menor \_\_\_\_\_ sob minha responsabilidade) em fotos ou filme, sem finalidade comercial, para ser utilizada no trabalho:

Instituição – **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

Título do projeto – **HANSENÍASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisadora – **SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO**

Orientadora – **PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> KILMA WANDERLEY LOPES GOMES**

### **Objetivos principais:**

Objetivo Geral – Construir um plano de ações de controle da hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família da UAPS José Paracampos, no ano de 2019.

Objetivos Específicos – Caracterizar perfil dos profissionais de saúde que atuam com o atendimento a pacientes com hanseníase; Capacitar enfermeiro/as e médicos/a para avaliação dermatoneurológica e avaliação do grau de incapacidade; Aplicar junto aos Agentes Comunitários de Saúde o instrumento de busca ativa de pacientes com hanseníase em suas visitas domiciliares.

A presente autorização é concedida a título gratuito, as imagens poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

O pesquisador fica autorizado a executar a edição e montagem das fotos e filmagens, conduzindo as reproduções que entender necessárias, bem como a produzir os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura

## APÊNDICE C – Termo de Anuência



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS

À  
Coordenadoria Regional de Saúde – CORES 5

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa do **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência e início da coleta de dados.

Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Hanseniose: Desafios da Atualidade Para Melhoria do Serviço na Estratégia Saúde da Família
- **Pesquisador (a) Responsável:** Sylvania Gomes de Oliveira Grangeira
- **Orientador (a):** Klma Wanderley Lopes Gomes
- **Instituição Proponente:** UECE
- **Curso:** Mestrado em Saúde da Família
- **Local da Coleta dos Dados:** UAPS José Paracampas
- **Regional:** V
- **Período de Coleta:** Maio a Agosto/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária a apresentação do parecer de aprovação do estudo. Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para [ceppes.sms@gmail.com](mailto:ceppes.sms@gmail.com)

O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e/ou sujeitos das referidas pesquisas, Competência, do presente estudo.

Fortaleza, 28 de Fevereiro de 2019

**Anamaria Cavalcante e Silva**  
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Anamaria Cavalcante e Silva  
Coord. de Pesquisas e  
Programas Especiais



## APÊNDICE D – Autorização de Fiel Depositário

**AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

Eu, Kilma Wanderley Lopes Gomes, Gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Fortaleza, fiel depositária dos documentos consubstanciados nas: Bases de dados epidemiológicos, SMS/SINANNET/CEVEPI relativo à hanseníase da instituição Secretaria Municipal de Saúde/Fortaleza, situada à Rua dos Encontros - Caiazeiras, Fortaleza-Ceará, declaro que o pesquisador Sylvania Gomes de Oliveira Grangeiro está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"HANSENÍASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**, que tem como objetivo: Construir um plano de ações de controle da Hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Paracampos. Adicionalmente, esse projeto consiste ainda em ter acesso aos dados epidemiológicos em hanseníase da cidade de Fortaleza para analisar o contexto geral da situação epidemiológica.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 12 de MARÇO de 2019.

Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Gerente da Célula de Vigilância  
Epidemiológica

Kilma Lopes

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

## APÊNDICE E – Autorização de Fiel Depositário

**AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO**

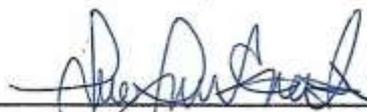
Eu, Anderson Luiz Gomes de Sá, Gestor da Unidade de Atenção Primária à Saúde José Paracampos/SMS Fortaleza, fiel depositário dos documentos consubstanciados nos: Prontuários eletrônicos e Manuais, Livro de Registro, Mapa local relativo à hanseníase, situada à Rua Alfredo Mamede, 250, Mondubim, Fortaleza-Ceará, declaro que o pesquisador Sylvania Gomes de Oliveira Grangeiro está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: **"HANSENIASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**, que tem como objetivo: Construir um plano de ações de controle da Hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Paracampos. Adicionalmente, esse projeto consiste ainda em ter acesso aos dados dos prontuários, endereços e registros dos pacientes e seus contatos.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 13 de Março de 2019.



(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Anderson Luiz Gomes de Sá  
UAPS José Paracampos  
GESTOR

## APÊNDICE F – Questionário da Pesquisa em Hanseníase dos Profissionais Médicos e Enfermeiros

### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DO PROFISSIONAL DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS – MÉDICOS E ENFERMEIRAS/O

Instruções: O presente instrumento deve ser preenchido pelo próprio profissional de saúde; Responda o mais próximo da sua realidade; Com este instrumento serão avaliados os perfis sociais e de conhecimento (Não tem caráter punitivo, e nem tão pouco você será exposto - como assegura o termo de consentimento livre e esclarecido); O tempo de preenchimento sem interrupção é de aproximadamente 18 minutos.

**1. Endereço de e-mail**

**2. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Masculino	Feminino
Sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos ou mais
Idade	<input type="radio"/>				

**4. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Médico/Médica	Enfermeiro/Enfermeira
Categoria Profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	0-2 Anos	2,1-5 Anos	5-10 anos	10,1-15 anos	15,1 ou mais
Tempo de formação	<input type="radio"/>				

**6. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Universidade Federal do Ceará	Universidade Estadual do Ceará	UNIFOR	FGF	UNINASSAU	UNILAB	OUTRAS
Intituição de Formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marque todas que se aplicam.*

- Não possui pós-graduação
- Residência médica
- Residência em Enfermagem
- Residência Multiprofissional
- Especialização em Saúde da Família
- Mestrado
- Especialização em outra área
- Doutorado

**8. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 20h/semanais	20h/semanais	30h/semanais	32h/semanais	40h/semanais
Qual a sua carga horária/semanal nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

**9. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Só de manhã	Só a tarde	Manhã e tarde
Quais os turnos de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Estatutário (Concurso público)	Seletista (Carteira assinada)	Prestador de serviços (contrato)	RPA (Sem vínculo empregatício)	Mais Medico	Outros
Tipo de contrato com esta Instituição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 Anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço na ESF?	<input type="radio"/>				

**12. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

**FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - UAPS**

**13. Qual o horário de funcionamento desta UAPS?**

**14. Serviços disponibilizados por esta UAPS? Marque o que existe em sua unidade. Marque todas que se aplicam.**

- Exames laboratoriais?
- Farmácia?
- Curativo?
- Coleta para Baciloscopia de escarro?
- Coleta para Baciloscopia de linfa (para hanseníase)?
- Imunização? Se sim, responda abaixo.
- Realização de testes rápidos?
- Teste do pezinho. Se sim, responda abaixo.
- Agendamento de exames e consultas?
- Administração de medicamentos endovenoso ou intramuscular?
- Administração de penicilina benzatina?

**15. Imunização - Se falta algum imunobiológico? Qual ou quais?**

**16. Teste do pezinho. Se é realizado, quais dias e horários?**

**CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE**

Descreva sua experiência com casos de hanseníase enquanto profissional da Estratégia Saúde da Família.

17. **Você já teve capacitação em hanseníase? Há quanto tempo e a carga horária? Faça um breve relato.**
18. **Você já realizou atendimento a pessoas com diagnóstico de hanseníase? Como você se sentiu?**
19. **Você tem casos de hanseníase em tratamento, em sua equipe? Quantos pacientes? Como é realizado este acompanhamento? Descreva como acontece.**
20. **Você realiza e participa do processo de diagnóstico e avalia casos suspeitos? Marque os itens que são utilizados em sua unidade de saúde, e em sua avaliação.**  
*Marque todas que se aplicam.*
- Eu não participo deste processo
  - Esta Unidade de Saúde tem estesiômetro?
  - Esta Unidade de Saúde tem tubo de ensaio?
  - Utiliza o tubo de ensaio com água quente e fria para avaliar a sensibilidade térmica?
  - Utiliza o algodão para avaliar a sensibilidade tátil?
  - Utiliza o alfinete para avaliar a sensibilidade dolorosa?
  - Utiliza outros instrumentos?
  - Esta Unidade de Saúde não dispõe de material para realizar o teste.
21. **Ao detectar um caso novo de hanseníase, qual a sua abordagem? Marque o check list, de acordo com sua conduta.**  
*Marque todas que se aplicam.*
- Utiliza o prontuário eletrônico?
  - Preenche o prontuário manual?
  - Preenche ficha de notificação e Investigação para Hanseníase?
  - Faz a dose supervisionada?
  - Preenche o Boletim de Acompanhamento Mensal?
  - Orienta sobre as principais reações ou efeitos adversos das drogas?
  - Registra os contatos em prontuário e agenda a avaliação?
22. **Quanto ao retorno do paciente com hanseníase, como você procede?**
23. **Você realiza avaliação de incapacidade? Em que momento ela é feita? Quais facilidades e dificuldades que você encontra? Se não faz, por quê?**
24. **Você conhece e já preencheu a ficha de avaliação neurológica simplificada? Qual a importância desta avaliação?**

25. Você já atendeu/presenciou algum caso de reação hansênica? Qual a conduta a ser tomada?
26. Em que período a reação hansênica pode ocorrer?
27. Como você faz a avaliação dos contatos? Descreva sua prática e onde você registra?
28. Você faz busca-ativa em hanseníase, na sua rotina de trabalho? Ao detectar um caso novo de hanseníase, qual a sua abordagem?
29. Você ou sua equipe realiza sessões educativas em hanseníase na UAPS ou no território?  
*Marcar apenas uma oval.*
- Sim
- Não
30. A Unidade de Saúde, dispõe de material educativo para as sessões educativas em hanseníase?  
*Marcar apenas uma oval.*
- Sim
- Não
31. Descreva algo que você queira falar a respeito da hanseníase e que não foi contemplado nas questões anteriores.

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

Powered by



## APÊNDICE G – Questionário da Pesquisa em Hanseníase dos ACS

### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DO PROFISSIONAL DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Instruções: O presente instrumento deve ser preenchido pelo próprio profissional de saúde; Responda o mais próximo da sua realidade, se não realiza, coloque (NRe); Com este instrumento serão avaliados os perfis sociais e de conhecimento (Não tem caráter punitivo, e nem tão pouco você será exposto - como assegura o termo de consentimento livre e esclarecido); O tempo de preenchimento sem interrupção é de aproximadamente 20 minutos.

#### 1. Endereço de e-mail \*

#### 2. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	Masculino	Feminino
Sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 3. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos ou mais
Idade	<input type="radio"/>				

#### 4. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	Agente Comunitário de Saúde
Categoria Profissional na Unidade de Saúde	<input type="radio"/>

#### 5. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	0-2 anos	2,1-5 anos	5,1-10 anos	10,1-15 anos	15,1 anos ou mais
Tempo de formação profissional	<input type="radio"/>				

#### 6. Você tem outra formação? Pós-Graduação? Descreva:

#### 7. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	01 salário mínimo	Entre 01 e 02 salários mínimos	De 02 a 04 salários mínimos	De 05 a 09 salários	10 ou mais salários
Qual sua renda mensal? (Em reais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 8. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Marcar apenas uma oval por linha.

	Menos de 20h/semanais	20h/semanais	30h/semanais	32h/semanais	40h/semanais
Qual a sua carga horária/semanal nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

**9. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Só de manhã (08 às 12 horas)	Só de manhã (08 às 14 horas)	Manhã e tarde (07 às 11 horas; 12 às 16 horas)	Manhã e tarde (08 às 12 horas; 13 às 17 horas)	Manhã e tarde (10 às 14 horas; 15 às 19 horas)	Intermediário (10 às 16 horas)
Quais os turnos de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Estatutário (Concurso público)	Seletista (Carteira assinada)	Prestador de serviços (contrato)	RPA (Sem vínculo empregatício)	Outros
Tipo de contrato com esta Instituição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço na ESF?	<input type="radio"/>				

**12. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

13. Você exerce outra função remunerada, além desta? Se sim, qual?

**FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - UAPS**

14. Quais os dias e horários de funcionamento desta UAPS?

15. Serviços disponibilizados por esta UAPS? Marque o que existe em sua unidade.

Marque todas que se aplicam.

- Exames laboratoriais?
- Farmácia?
- Curativo?
- Coleta para Baciloscopia de escarro (para tuberculose)?

- Coleta para Baciloscopia de linfa (para hanseníase)?
- Imunização?
- Realização de testes rápidos?
- Teste do pezinho?
- Agendamento de exames e consultas?
- Administração de medicamentos endovenoso ou intramuscular?
- Administração de penicilina benzatina?

16. **IMUNIZAÇÃO** - Falta algum imunobiológico na rotina da sala de imunização? Qual ou quais?

17. **TESTE DO PEZINHO**. É realizado, quais dias e horários?

#### **CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE**

Descreva sua experiência com casos de hanseníase enquanto profissional da Estratégia Saúde da Família.

18. Você já teve capacitação em hanseníase? Há quanto tempo e a carga horária? Faça um breve relato.

19. O que é hanseníase para você?

20. Você já encaminhou pessoas com suspeita de hanseníase? Quando e para quem?

21. Você tem casos de pacientes com hanseníase em tratamento, em sua equipe? E na sua Microárea?

22. Como é realizada a busca ativa de **PACIENTES** com hanseníase, em sua rotina de trabalho? Se você não faz, por quê?

23. Como é realizada a busca ativa dos **CONTATOS** de hanseníase em sua rotina de trabalho? Se você não faz, por quê?

24. Ao encontrar um caso suspeito de hanseníase, qual a sua conduta, descreva?

25. Como é realizado o acompanhamento mensal dos casos de hanseníase na sua microárea? (Se não tem ou nunca teve paciente em tratamento, como você descreveria a sua prática?)

26. No último ano de atuação na ESF, você encontrou algum suspeito de hanseníase? Se sim, qual foi a sua conduta?

27. O que é reação hansênica? Já presenciou algum caso de reação hansênica?

28. Se sim, qual foi a sua conduta?

29. Em que período a reação hansênica ocorre?

*Marque todas que se aplicam.*

- Antes do tratamento.
- Durante o tratamento, em qualquer período.
- Após o término do tratamento.
- Pode não ocorrer reação hansênica.

30. Você ou sua equipe realiza sessões educativas em hanseníase na UAPS ou no território? *Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

31. A Unidade de Saúde, dispõe de material educativo para as sessões educativas em hanseníase?

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

32. Quando você pensa: "hanseníase em meu trabalho" o que você imagina? Descreva algo que você queira dizer a respeito da hanseníase e que não foi contemplado nas questões anteriores.

## APÊNDICE H – Questionário da Pesquisa em Hanseníase do NASF E Cirurgiões-Dentista

### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DO PROFISSIONAL DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS – CIRURGIÕES-DENTISTA, NASF

Instruções: O presente instrumento deve ser preenchido pelo próprio profissional de saúde; Responda o mais próximo da sua realidade, se não realiza, coloque; Com este instrumento serão avaliados os perfis sociais e de conhecimento (Não tem caráter punitivo, e nem tão pouco você será exposto - como assegura o termo de consentimento livre e esclarecido); O tempo de preenchimento sem interrupção é de aproximadamente 18 minutos.

**1. Endereço de e-mail \***

**2. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

Sexo

Masculino	Feminino
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

Idade

20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos ou mais
<input type="radio"/>				

**4. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

Profissional

Cirurgiã/o- Dentista	Psicóloga	Nutricio nista	Assistente Social	Fisiotera peuta	Terapeuta Ocupacional	Educador Físico
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS**

*Marcar apenas uma oval por linha.*

Tempo de formação

0-2 anos	2,1-5 anos	5,1-10 anos	10,1-15 anos	15,1 anos ou mais
<input type="radio"/>				

**6. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

Intituição de Formação

Universidade Federal do Ceará	Universidade Estadual do Ceará	UNIFOR	FGF	UNINASSAU	UNILAB	OUTRAS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marque todas que se aplicam.*

- Especialização em Saúde da Família
- Especialização em outra área
- Residência Multiprofissional
- Mestrado
- Doutorado
- Não possui pós-graduação

**8. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

Qual a sua carga horária/semanal nesta UAPS?

Menos de 20h/semanais	20h/semanais	30h/semanais	32h/semanais	40h/semanais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Só de manhã	Só a tarde	Manhã e tarde
Quais os turnos de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Estatutário (Concurso público)	Seletista (Carteira assinada)	Prestador de serviços (contrato)	RPA (Sem vínculo empregatício)	Mais Médico	Outros
Tipo de contrato com esta instituição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço na ESF?	<input type="radio"/>				

**12. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

**FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - UAPS**

**13. Qual o horário de funcionamento desta UAPS?**

**14. Serviços disponibilizados por esta UAPS? Marque o que existe em sua unidade. Marque todas que se aplicam.**

- Exames laboratoriais?
- Farmácia?
- Curativo?
- Coleta para Baciloscopia de escarro?
- Coleta para Baciloscopia de linfa (para hanseníase)?
- Imunização? Se sim, responda abaixo.
- Realização de testes rápidos?
- Teste do pezinho. Se sim, responda abaixo.
- Agendamento de exames e consultas?
- Administração de medicamentos endovenoso ou intramuscular?
- Administração de penicilina benzatina?

**15. Imunização - Se falta algum imunobiológico? Qual ou quais?**

**16. Teste do pezinho. Se é realizado, quais dias e horários?**

**CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE**

Descreva sua experiência com casos de hanseníase que você possui enquanto profissional da Estratégia Saúde da Família.

17. Você já teve capacitação em hanseníase? Há quanto tempo e a carga horária? Faça um breve relato.
18. Você já realizou atendimento a pessoas com diagnóstico de hanseníase? Como você se sentiu?
19. Você tem casos de hanseníase em tratamento, em sua equipe? Quantos pacientes? Como é realizado este acompanhamento? Descreva como acontece.
20. Você realiza e participa do processo de diagnóstico e avalia casos suspeitos?
21. Você faz busca-ativa em hanseníase, na sua rotina de trabalho? Ao detectar um caso novo de hanseníase, qual a sua abordagem?
22. Você já presenciou algum caso de reação hansênica? Qual a conduta a ser tomada?
23. Você ou sua equipe realiza sessões educativas em hanseníase na UAPS ou no território? *Marcar apenas uma oval.*
- Sim
- Não
24. A Unidade de Saúde, dispõe de material educativo para as sessões educativas em hanseníase? *Marcar apenas uma oval.*
- Sim
- Não
25. Descreva algo que você queira falar a respeito da hanseníase e que não foi contemplado nas questões anteriores.

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

Powered by

 Google Forms

## APÊNDICE I – Questionário da Pesquisa em Hanseníase dos Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal

### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA EM HANSENÍASE DO PROFISSIONAL DA UAPS JOSÉ PARACAMPOS – TÉCNICO DE ENFERMAGEM (Téc. Enf), AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL (ASB)

Instruções: O presente instrumento deve ser preenchido pelo próprio profissional de saúde; Responda o mais próximo da sua realidade; Com este instrumento serão avaliados os perfis sociais e de conhecimento (Não tem caráter punitivo, e nem tão pouco você será exposto - como assegura o termo de consentimento livre e esclarecido); O tempo de preenchimento sem interrupção é de aproximadamente 18 minutos.

1. Endereço de e-mail \*

2. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Masculino	Feminino
Sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos ou mais
Idade	<input type="radio"/>				

4. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Saúde Bucal
Categoria Profissional na Unidade de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	0-2 anos	2,1-5 anos	5,1-10 anos	10,1-15 anos	15,1 anos ou mais
Tempo de formação profissional	<input type="radio"/>				

6. Você tem outra formação? Pós-Graduação? Descreva:

7. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	1 salário mínimo	De 1-2 sal mín	De 2-5 Sal Min	De 5 ou mais sal mín
Qual sua renda mensal? (Em reais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 20h/semanais	20h/semanais	30h/semanais	32h/semanais	40h/semanais
Qual a sua carga horária/semanal nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

9. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS *Marcar apenas uma oval.*

- Só de manhã (08 às 12 horas)
- Só de manhã (07 às 13 horas)
- Só de manhã (08 às 14 horas)
- Só a tarde (13 às 19 horas)

- Manhã e tarde (07 às 11 horas; 12 às 16 horas)
- Manhã e tarde (08 às 12 horas; 13 às 17 horas)
- Manhã e tarde (10 às 14 horas; 15 às 19 horas)
- Intermediário (10 às 16 horas)

**10. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Estatutário (Concurso público)	Seletista (Carteira assinada)	Prestador de serviços (contrato)	RPA (Sem vínculo empregatício)	Outros
Tipo de contrato com esta Instituição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 Anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço na ESF?	<input type="radio"/>				

**12. ASPECTOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS** *Marcar apenas uma oval por linha.*

	Menos de 2 anos	De 2,1 a 5 anos	De 5,1 a 10 anos	De 10,1 a 15 anos	De 15,1 anos ou mais
Tempo de serviço nesta UAPS?	<input type="radio"/>				

**13. Você exerce outra função remunerada, além desta? Se sim, qual?**

**FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - UAPS**

**14. Quais os dias e horários de funcionamento desta UAPS?**

**15. Serviços disponibilizados por esta UAPS? Marque o que existe em sua unidade. Marque todas que se aplicam.**

- Exames laboratoriais?
- Farmácia?
- Curativo?
- Coleta para Baciloscopia de escarro (para tuberculose)?
- Coleta para Baciloscopia de linfa (para hanseníase)?
- Imunização?
- Realização de testes rápidos?
- Teste do pezinho?
- Agendamento de exames e consultas?
- Administração de medicamentos endovenoso ou intramuscular?
- Administração de penicilina benzatina?

**16. IMUNIZAÇÃO - Falta algum imunobiológico na rotina da sala de imunização? Qual ou quais?**

17. **TESTE DO PEZINHO.** É realizado, quais dias e horários?

**CONHECIMENTO E ATITUDE DO PROFISSIONAL ACERCA DA HANSENÍASE**

Descreva sua experiência com casos de hanseníase enquanto profissional da Estratégia Saúde da Família.

18. **Você já teve capacitação em hanseníase? Há quanto tempo e a carga horária? Faça um breve relato.**

19. **O que é hanseníase para você?**

20. **Você tem casos de pacientes com hanseníase em tratamento, em sua equipe?**

21. **Como é realizada a busca ativa de pacientes com hanseníase, em sua rotina de trabalho? Se você não faz, por quê?**

22. **Ao encontrar um caso suspeito de hanseníase, qual a sua conduta, descreva?**

23. **O que é reação hansênica? Já presenciou algum caso de reação hansênica?**

24. **Se sim, qual foi a sua conduta?**

25. **Em que período a reação hansênica ocorre? Marque todas que se aplicam.**

- Antes do tratamento.
- Durante o tratamento, em qualquer período.
- Após o término do tratamento.
- Pode não ocorrer reação hansênica.

26. **Você ou sua equipe realiza sessões educativas em hanseníase na UAPS ou no território?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

27. **A Unidade de Saúde, dispõe de material educativo para as sessões educativas em hanseníase?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

28. **Descreva suas dificuldades ou algo que você queira falar a respeito da hanseníase e que não foi contemplado nas questões anteriores.**

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

Powered by



## APÊNDICE J – Plano de Ação GR1

<b>Atividade</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Responsável pela atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
Realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase	Atendimento a pacientes	Enfermeiro/as Médicos	De 05-25 de jul-2019	Encaminhar para as datas 12, 19 e 26 de julho de 2019. Agosto para a equipe
Adaptar o prontuário à realidade	Adaptação do prontuário (Anexo C)	Pesquisadora	De 05-10 de Jul-2019	De acordo com as necessidades locais
Elaborar a ficha de avaliação do contato	Elaboração da ficha de avaliação do contato (Apêndice M)	Pesquisadora	De 05-10 de Jul-2019	Utilizando o que a literatura preconiza para avaliação do contato.
Fornecer material para a prática das avaliações	Material (Anexo D): -Avaliação do grau de incapacidade física simplificada (BRASIL, 2019); Guia rápido de hanseníase; -Ficha de avaliação do contato; Prontuário; -Canetas coloridas.	Pesquisadora	De 05 a 10 de Jul-2019	Entregar dia 09 de julho (por cor da equipe) para utilização nas práticas e após a pesquisa.
Praticar a avaliação dermatoneurológica	-Paciente com mancha suspeita -Contato de paciente com diagnóstico de hanseníase	Enfermeiro/as Médicos Pesquisadora	Dias 12, 19 e 26 Jul-2019	Agendamento dos contatos acordado com os para fazer as buscas e encaminhar
Realizar avaliação do grau de incapacidade física	-Paciente em tratamento ou que fez tratamento para hanseníase	Enfermeiro/as Médicos Pesquisadora	Dias 12, 19 e 26 Jul-2019	Agendamento realizado previamente com os .
Avaliar as práticas	Tarjetas, canetas Cartolina, fita crepe	Pesquisadora	19 e 25 Jul-2019	Relato das modificações da prática

Fonte: Pesquisa-ação de hanseníase, Fortaleza, jul/ago 2019.

## APÊNDICE K – Plano de Ação do GR2

<b>Atividade</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Responsável pela atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
Fazer levantamento dos contatos	Informações do Sinan	Pesquisadora	Mai de 2018.	Levantamento prévio realizado
Realizar georreferenciamento dos casos de hanseníase da área de abrangência da UAPS José Paracampos, nos últimos cinco anos.	Mapa de georreferenciamento dos casos de hanseníase tratados na UAPS e no Dona Libânia da área adscrita, dos últimos 10 anos.	COVIS, SMS.	Junho de 2019.	O responsável técnico pela realização de georreferenciamento indicou fazer o georreferenciamento dos últimos dez anos (Apêndice S).
Construir o instrumento de busca ativa de casos suspeitos de hanseníase	O círculo de cultura Tarjetas, canetas, cartolina, fita crepe	e Pesquisadora	26 de jun a 08 de julho de 2019.	Iniciado no círculo de cultura.
Realizar busca ativa dos contatos de hanseníase	Utilizar o instrumento de busca de contatos da SMS (Anexo B)		De 09 de julho a 02 de agosto de 2019.	Encaminhar para as datas 12, 19 e 26 de julho de 2019. Agosto para a equipe
Realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase	Utilizar o instrumento de busca ativa de casos suspeitos (Apêndice N)		De 09 de julho a 02 de agosto de 2019.	Encaminhar para as datas 12, 19 e 26 de julho de 2019. Agosto para a equipe
Sessões educativas	Cartazes, panfletos		De 09 a 31 de Julho	Na UAPS, CUCA, Escola, CITS P São José
Avaliar as práticas	Tarjetas, canetas Cartolina, fita crepe Gravador	Pesquisadora	19 e 25 de julho de 2019	Relato das modificações na prática

Fonte: Pesquisa-ação de hanseníase, círculo de cultura, Fortaleza, jul/ago 2019.

## APÊNDICE L – Plano de Ação GR3

<b>Atividade</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Responsável pela atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
Realizar busca ativa de casos suspeitos de hanseníase	Atendimento a pacientes	NASF Cirurgião-dentista ASB Técnico de Enfermagem	De 05-25 de jul-2019	Encaminhar para as datas 12, 19 e 26 de julho de 2019. A partir de agosto para a equipe
Realizar o teste da caneta	Caneta	NASF Cirurgião-dentista ASB Técnico de Enfermagem	De 05-10 de Jul-2019	Encaminhar para as datas 12, 19 e 26 de julho de 2019. A partir de agosto para a equipe
Avaliar as atividades desenvolvidas	Tarjetas Canetas Gravador	Pesquisadora	19 e 25 de Jul-2019	Avaliação do processo e reajustes

Fonte: Pesquisa-ação de hanseníase, Fortaleza, jul/ago 2019.

APÊNDICE M – Instrumento de Avaliação do Contato de Hanseníase, UAPS José Paracampos, Pesquisa-Ação, Jul/2019

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
 SINAN \_\_\_\_\_ Início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Classificação Operacional ( ) PB ( ) MB Forma: \_\_\_\_\_

**Avaliação do Contato**

Nome: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nº de lesões de pele: \_\_\_\_\_ Parentesco com o paciente: \_\_\_\_\_

**Tipos/Características de lesões:**

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ( ) sim ( ) não  
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele ( ) c/ alter sensibilidade ( ) s/ alter sensibilidade  
 Placas eritematomatosa com bordas elevadas ( ) c/ alter sensibilidade ( ) s/ alter sensibilidade  
 ( ) Nódulos/pápulas ( ) Infiltração ( ) Outras (especificar):  
 \_\_\_\_\_

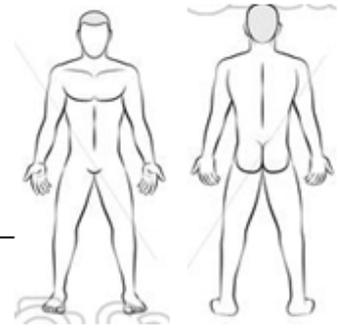
**Cicatriz de BCG** ( ) Nenhuma ( ) Uma ( ) Duas ou mais

**Existem áreas com rarefação de pelo?**

( ) Não ( ) Sim, onde? \_\_\_\_\_

**Existem nervos acometidos?**

( ) Não ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_



**Teste de Histamina**

( ) Não realizado ( ) Realizado, resultado: \_\_\_\_\_

**Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado.**

Lesões 

Nervos 

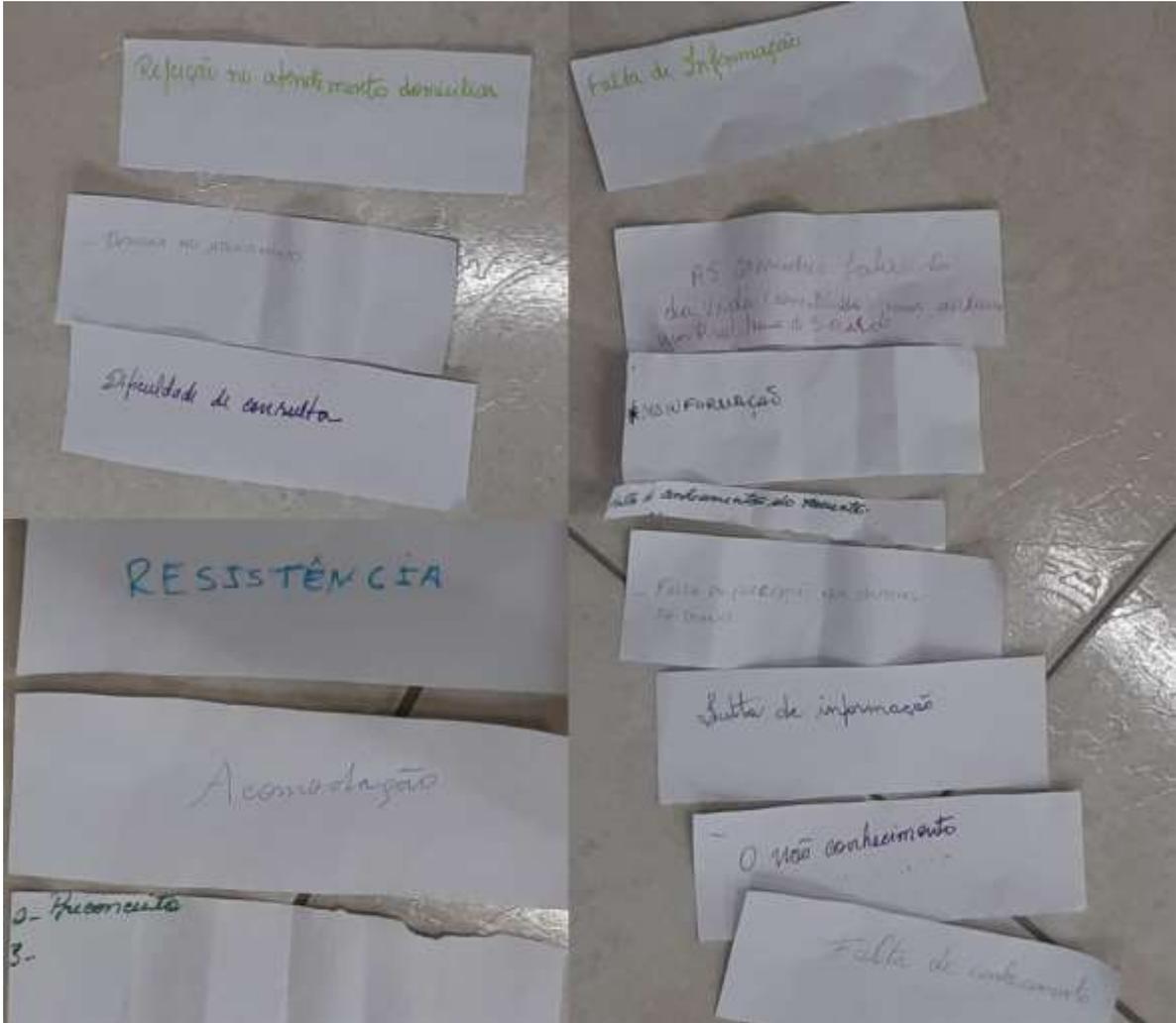
Fonte: Elaborado pela pesquisadora durante a pesquisa-ação em hanseníase, norteado por Guias e Manuais do Ministério da Saúde, Jul/2019.

APÊNDICE N – Guia de Sinais e Sintomas para Busca Ativa de Casos Suspeitos de Hanseníase

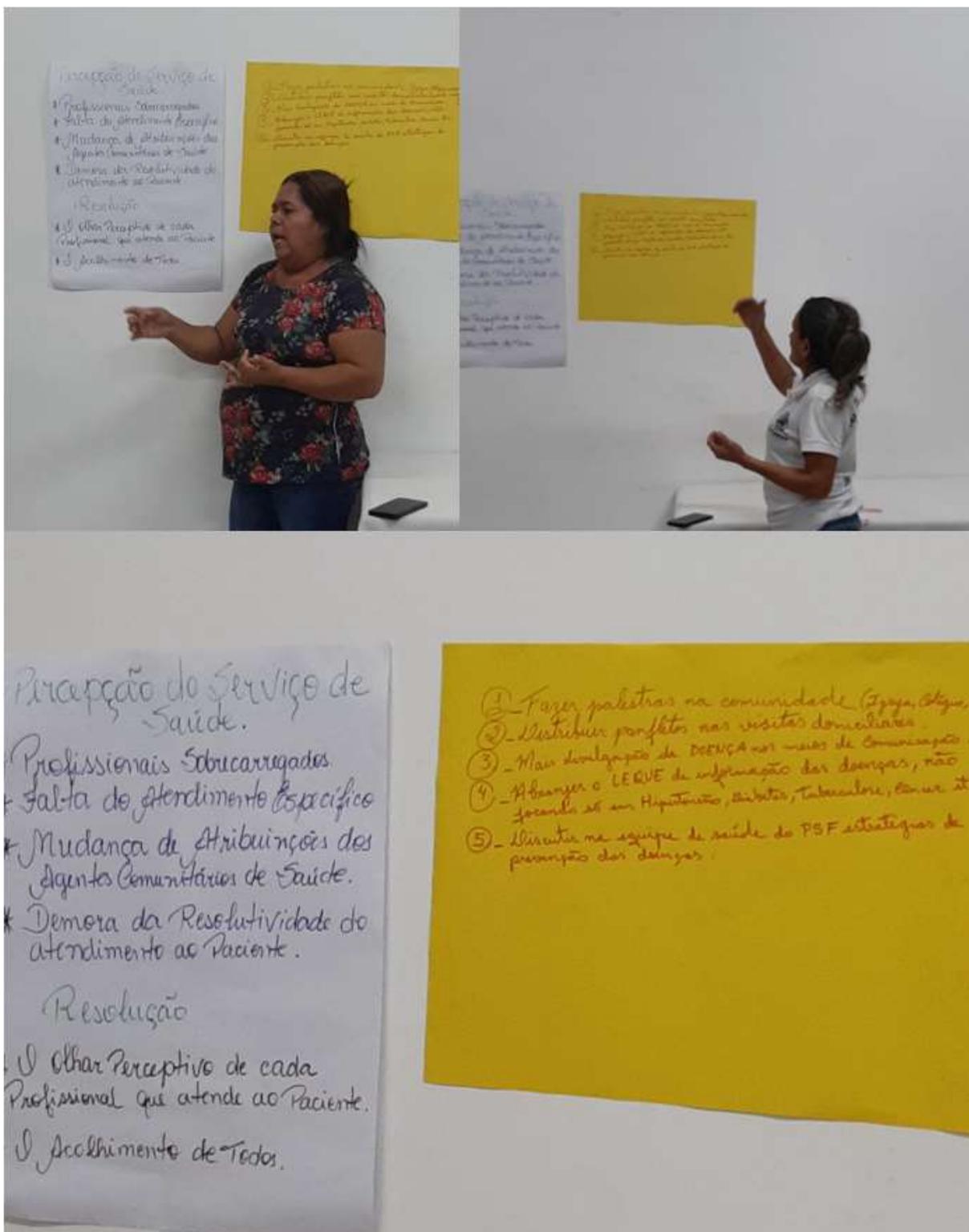
<b>INSTRUMENTO DE BUSCA ATIVA PELO ACS PACIENTE COM SUSPEITA DE HANSENÍASE</b>	
Nome:	_____
End:	_____
ACS:	_____
Após cumprimentar...	
<b><u>Alguém na casa, tem mancha?</u></b>	
Se sim: *Há quanto tempo? _____	
( ) É dormente	
( )	É seca (não sua/suor)
( ) Tem perda de pelos	
( )	É esbranquiçada
( ) É avermelhada	
( )	Tem bordas
( ) É plana	
( ) Incomoda. <b>Fazer o teste da caneta: ponta/cabeça</b>	
<b><u>Observação da face, mãos e pés</u></b>	
( ) Infiltração em face, orelha	
( ) Olhos – pálpebra caída, perda de sobrancelha, cílios;	
( ) Tem dedos em garras móvel ou fixa;	
( ) Pé caído, sem força, sensação de dor ou dormente	
<i>Se sim para alguma alternativa, encaminhar para</i>	
_____	
<b><u>Tem alguém na família com história de hanseníase?</u></b>	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora durante a pesquisa-ação em hanseníase, participação dos ACS, Círculo de Cultura, UAPS José Paracampos, Jul/2019.

APÊNDICE O – Palavras Geradoras do Círculo de Cultura, GR2



## APÊNDICE P – Partilha dos Grupos sobre as Resoluções dos Temas Discutidos, Círculo de Cultura



Apresentação das equipes, Círculo de cultura – Jun, 2019.



- ① Fazer palestras na comunidade (Boga, Siga, campo)
- ② Distribuir panfletos nas visitas domiciliares
- ③ - Mais divulgações da DORVCA nos meios de comunicação -
- ④ - Abreanger o LEGUE de implementação das doenças, não somente ao seu Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, entre as...
- ⑤ - Atuar na equipe de saúde do PSF estratégias de prevenção das doenças.

Percepção do Serviço de Saúde.

- \* Profissionais Sobrecarregados.
- \* Falta do Atendimento Específico
- \* Mudança de Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde.
- \* Demora da Resolutividade do atendimento ao Paciente.

Resolução

- \* O Olhar Perceptivo de cada Profissional que atende ao Paciente.
- \* O Acolhimento de Todos.

APÊNDICE Q – Sessões Educativas na Unidade de Saúde

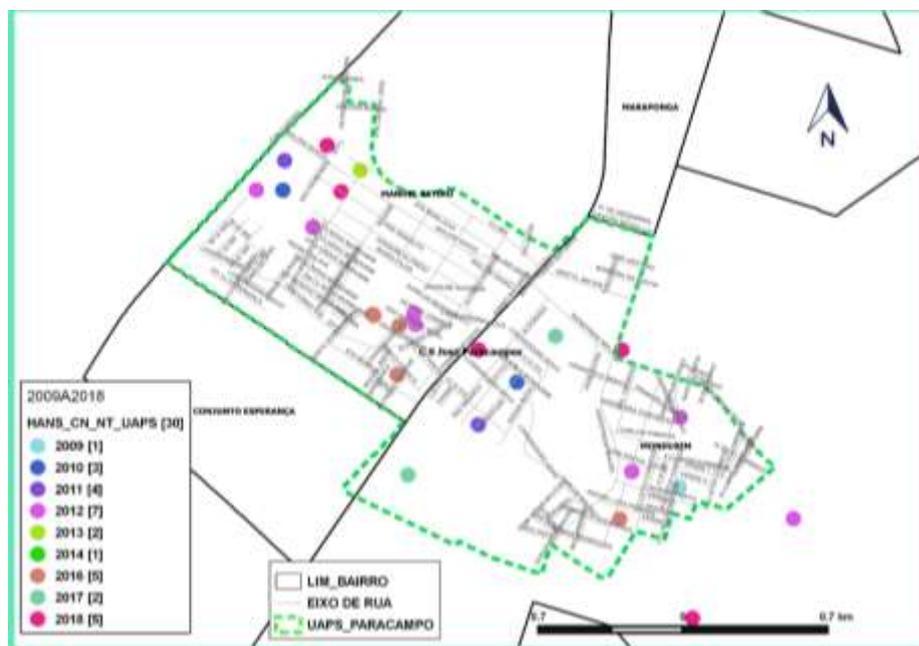


APÊNDICE R – Sessões Educativas na Escola Profissionalizante

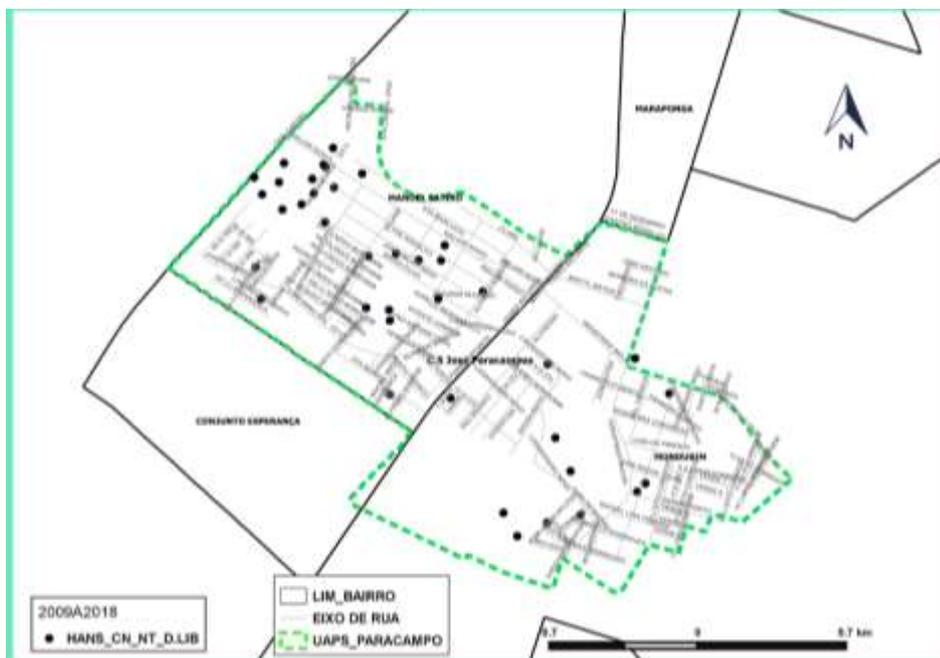


## APÊNDICE S – Georreferenciamento da UAPS José Paracampos, 2009-2018

Hanseníase: Distribuição espacial dos casos novos, por bairro notificados na UAPS José Paracampos, Fortaleza/CE, 2009-2018.

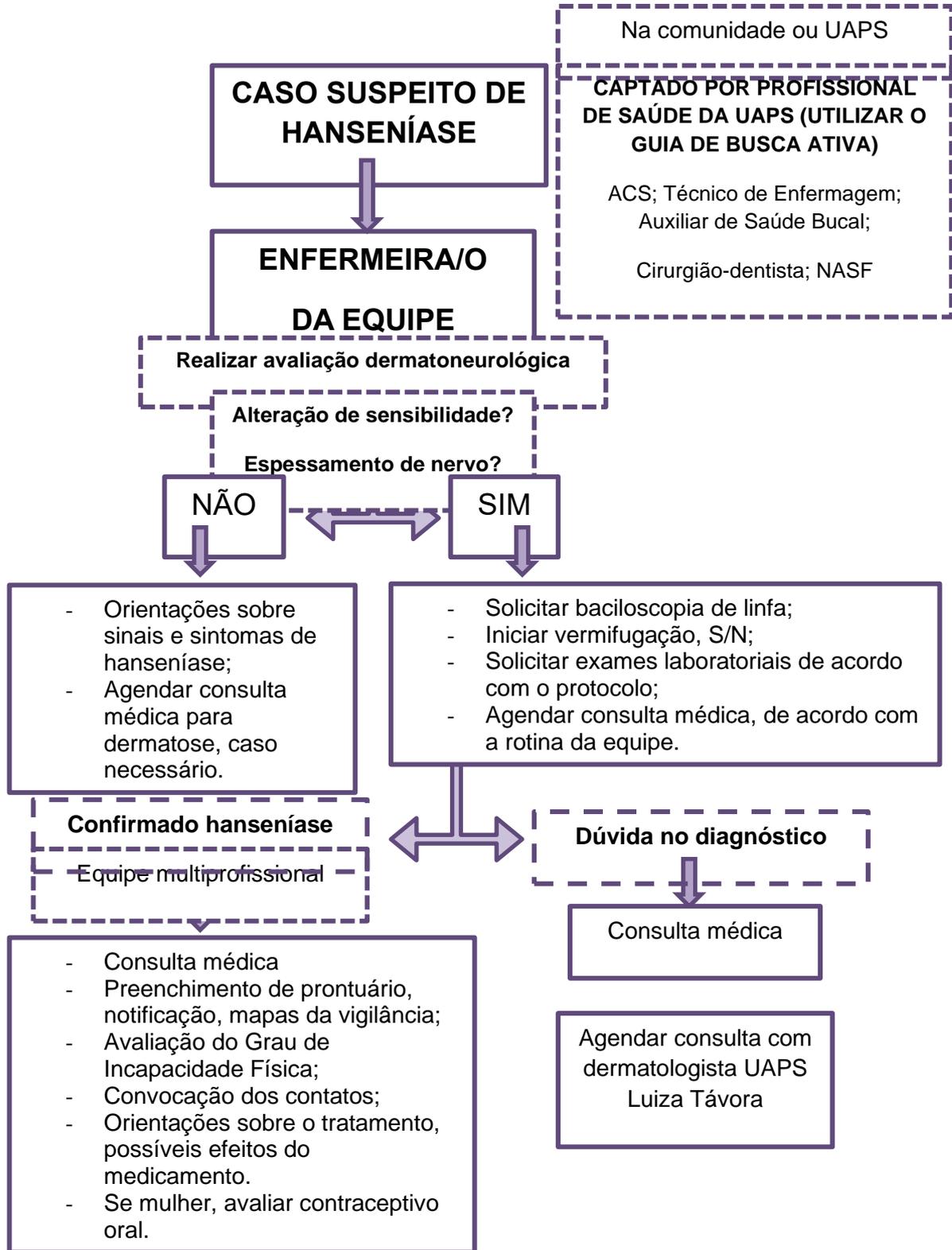


Hanseníase: Distribuição espacial dos casos novos, por bairro notificados no D. Libânia, da UAPS José Paracampos, Fortaleza/CE, 2009-2018.



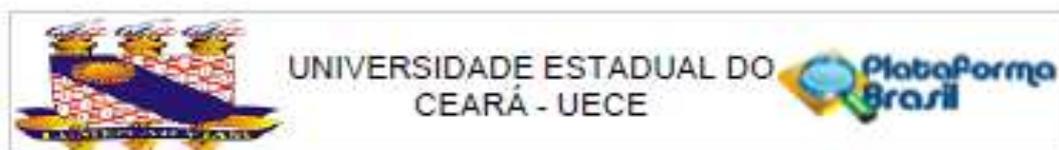
Fonte: SMS/Fortaleza/COVIS/Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/Sinan

APÊNDICE T – Fluxograma Interno de Paciente com Suspeita De Hanseníase, UAPS, José Paracampos, Fortaleza, CE.



**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** HANSENIASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08282919.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.353.424

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto de pesquisa "HANSENIASE: DESAFIOS DA ATUALIDADE PARA MELHORIA DO SERVIÇO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA". Trata-se de um estudo descritivo com abordagem exploratória, utilizando a pesquisa-ação como metodologia. O estudo se dará com os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF) da UAPS José Paracampos, no município de Fortaleza. O projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a pesquisadora descreve sua aproximação com o tema.

**Objetivo da Pesquisa:**

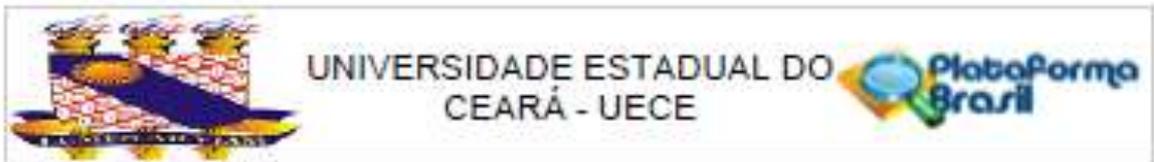
**Objetivo Primário:**

Construir um plano de ações de controle da hanseníase junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família da UAPS José Paracampos, no ano de 2019.

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar perfil dos profissionais de saúde que atuam com o atendimento a pacientes com hanseníase;
- Capacitar enfermeiro(as) e médico(s) para avaliação dermatoneurológica e avaliação do grau de

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700  
 Bairro: Itapell CEP: 60.714-909  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.353/2014

**Incapacidade:**

- Aplicar junto aos Agentes Comunitários de Saúde o instrumento de busca ativa de pacientes com hanseníase em suas visitas domiciliares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A autora afirma que os riscos em relação a esta pesquisa poderá ser constrangimentos ou algum tipo de incômodo em compartilhar as informações pessoais, profissionais ou confidenciais realizadas durante o questionário ou na realização das oficinas, do círculo de cultura e nos atendimentos. Todos os riscos e transtornos advindos dos procedimentos serão minimizados pela pesquisadora.

**Benefícios:** Afirma ainda que os benefícios desta pesquisa serão as melhorias na assistência prestada à comunidade, troca de conhecimentos e experiências que poderão contribuir com a organização do fluxo, além da melhoria na qualidade de vida dos pacientes com hanseníase e de seus familiares e redução das taxas de detecção a longo prazo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa possui relevância científica e social, na medida em que busca respostas e atitudes ainda não encontradas, a fim de proporcionar ações para atenção à pessoa com hanseníase para que se tenha uma detecção precoce e consequentemente redução da carga da doença.

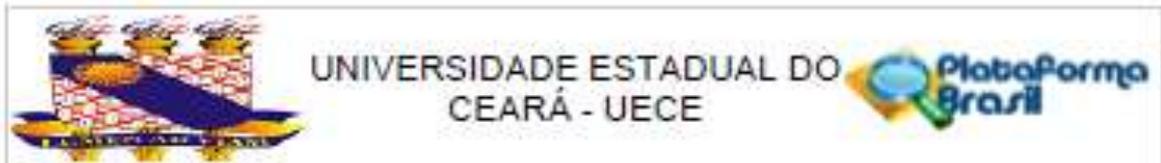
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada pela Diretora do CCS;
- TCLE escrito em linguagem acessível apresentando os possíveis riscos e benefícios;
- Termo de Anuência da Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais da SMS Fortaleza devidamente assinado e carimbado;
- Termo de Fiel Depositário devidamente assinado e carimbado pelo do Gestor da UAPS José Paracampos;
- O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

**Recomendações:**

- Enviar o relatório final ao CEP.

Endereço: Av. Sism Murguiba, 1700.  
 Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 3.353-434

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado!

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293631.pdf	30/04/2019 17:22:45		Aceito
Outros	Fiel_depositario_Anderson.pdf	30/04/2019 17:19:25	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Outros	Fiel_depositario_Klima.pdf	30/04/2019 17:18:29	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Outros	Declaracao_SMS.pdf	30/04/2019 17:17:26	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	30/04/2019 17:15:47	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_uso_de_Imagem.pdf	13/02/2019 14:44:10	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Outros	Qualific_aprov.pdf	13/02/2019 14:38:07	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	13/02/2019 14:37:26	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/02/2019 14:36:55	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/02/2019 20:21:30	SYLVANIA GOMES DE OLIVEIRA GRANGEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

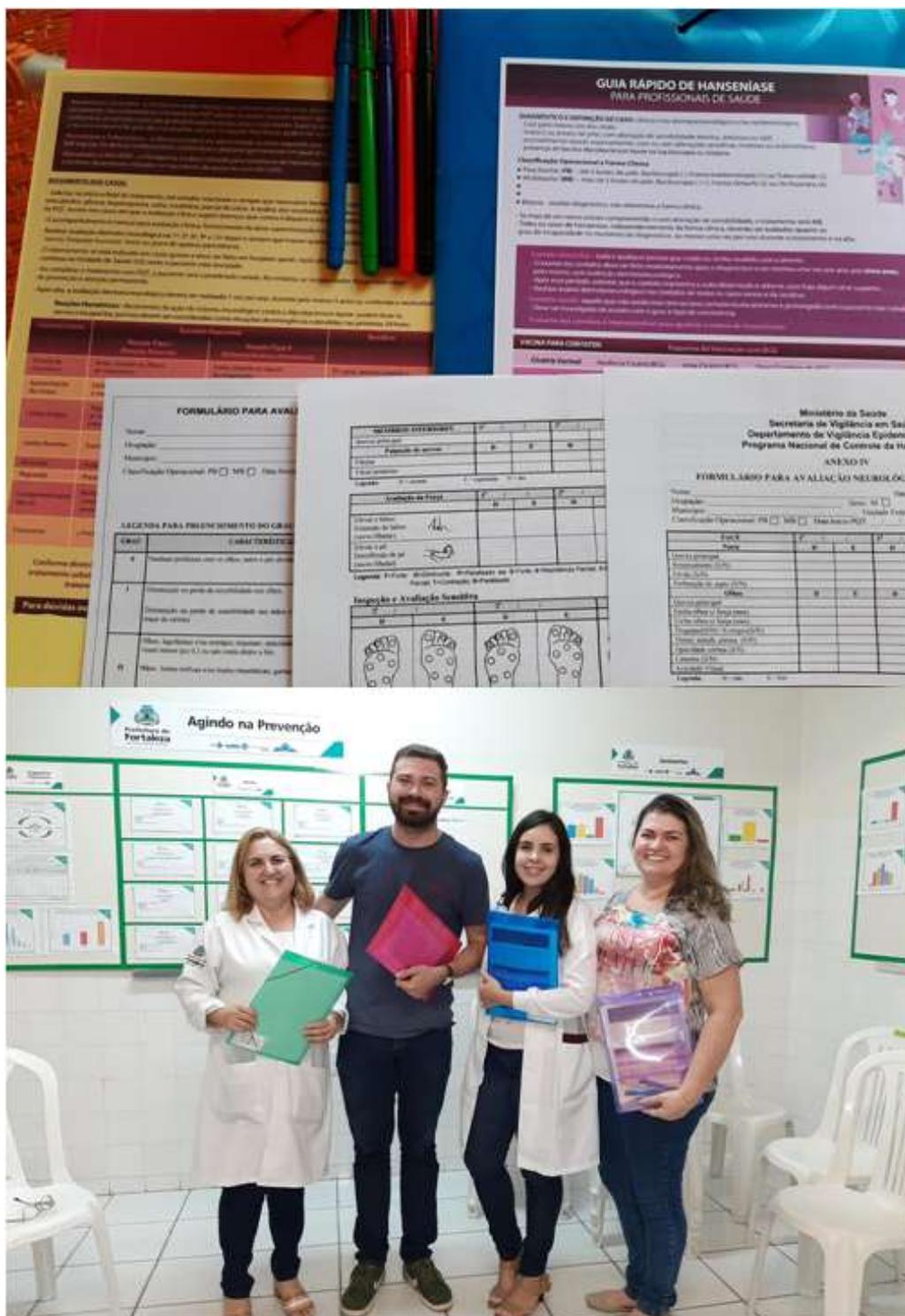
Não

Endereço: Av. Siles Murguiba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 80.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9800 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br





ANEXO D – Material Impresso de Hanseníase fornecido durante a pesquisa para cada equipe



Fonte: pesquisa-ação em hanseníase, UAPS José Paracampos, Jul/2019.  
 Guia rápido de hanseníase disponível em:  
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/GuiaRpdidoHansenaseImpresso.pdf>