



FREE THEME ARTICLE

STRUCTURING OF ASSISTANCE SERVICE TO LEPROSY PATIENT IN PRIMARY HEALTH CARE UNIT: EXPERIENCE REPORT

ESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HANSENÍASE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ESTRUCTURACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON LEPROSA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: RELATO DE EXPERIENCIA

Paula Sacha Frota Nogueira¹, Roberta Rodrigues Teixeira de Castro²

ABSTRACT

Objective: to propose the planning for structuring and assessing the quality of an assistance service to patient with leprosy. **Method:** experience report type study, based on research-action of interventionist nature, carried out in the Basic Health Unit (BHU) in the city of Fortaleza (CE, Brazil), which involved 27 professionals of the unity from different categories, from November 2010 to February 2011. As management tool for structuring a care service to people with leprosy was used the PDCA cycle, including the following steps: planning, implementation, verification and action. **Results:** the critical causes found that deserved immediate action plan were: insufficient knowledge recognized by some professionals and inadequate assistance structure for people with leprosy. **Conclusion:** we emphasize the use of management plan appropriate to the reality experienced by professionals as an ideal way for achieving goals that contribute to improve the quality of health care. **Descriptors:** leprosy; health management; nursing.

RESUMO

Objetivo: propor planejamento para estruturação e avaliação da qualidade de um serviço de atendimento ao paciente com hanseníase. **Método:** estudo do tipo relato de experiência, ancorado na pesquisa-ação, de caráter intervencionista, desenvolvido em Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente ao município de Fortaleza (CE), que envolveu 27 profissionais da unidade de diferentes categorias, no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Como ferramenta gerencial para a estruturação de um serviço de atendimento ao portador de hanseníase utilizou-se o ciclo PDCA, que abrange as seguintes etapas: planejamento, execução, verificação, e ação. **Resultados:** As causas críticas encontradas que mereceram plano de ação imediato foram o conhecimento insuficiente reconhecido por alguns profissionais e a inadequação de estrutura assistencial de seguimento para portadores de hanseníase. **Conclusão:** Destaca-se a utilização de plano gerencial condizente à realidade vivenciada pelos profissionais, como meio ideal para o alcance de metas, que contribuem para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. **Descritores:** hanseníase; gestão em saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: proponer planificación para estructuración y evaluación de la calidad de servicio de atención al paciente con lepra. **Método:** relato de experiencia, basado en la investigación-acción, de carácter intervencionista, desarrollado en Unidad Básica de Salud de Fortaleza-CE, con 27 profesionales de la unidad de diferentes categorías, de noviembre de 2010 a febrero de 2011. Como herramienta gerencial para la estructuración de un servicio de atención a personas con lepra se utilizó el ciclo PDCA, que comprende las etapas: planificación, ejecución, verificación y acción. **Resultados:** Las causas críticas encontradas que requirieron plan de acción inmediato fueron conocimiento insuficiente reconocido por algunos profesionales e inadecuación de estructura de seguimiento de atención a personas con lepra. **Conclusión:** Se señala en el uso del plan de gestión coherente a la realidad vivida por los profesionales, como un medio ideal para lograr los objetivos que contribuyan para mejorar la calidad de la atención en salud. **Descriptor:** lepra; gestión en salud; enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - nível Mestrado, da Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE) Brasil. E-mail: sachanogueira@yahoo.com.br; ²Mestre em Planejamento e Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela ENSP/FIOCRUZ. Gestora pública do INCA. Rio de Janeiro, (RJ) Brasil. E-mail: robcastro@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo de alta infectividade, baixa patogenicidade e de multiplicação lenta, fator que leva a doença a apresentar um período de incubação variável entre dois e cinco anos, dificultando, assim, o diagnóstico precoce. A principal via de eliminação do bacilo é pela via aérea superior, através do contato próximo e prolongado com o doente de hanseníase Multibacilar (MB), forma clínica com potencial de transmissibilidade.¹

Apesar de não ser de elevada letalidade, a hanseníase é a principal causadora de incapacidade física permanente dentre as doenças infecto-contagiosas.² A maneira mais eficaz de prevenir tais incapacidades é o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos, antes de ocorrerem lesões neurais. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. Em muitas sociedades onde a hanseníase alcança alta prevalência, como Índia e Brasil, por exemplo, a doença e as deformidades associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias.²

A hanseníase persiste como um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. No início de 2009, foi registrada uma prevalência mundial da hanseníase de 213.036 casos, e o número de casos novos detectados durante o ano de 2008, conforme relatado por 121 países, foi de 249.007.³ O Brasil alcança o segundo lugar em coeficiente de prevalência, registram-se, em média, a cada ano, 47 mil novos casos, dos quais 23,3% com Graus de Incapacidade Funcional (GIF) I e II.^{2,3} Existe uma considerável discrepância na distribuição regional destes casos ao longo do país. Em 2007, o coeficiente de detecção mais alto foi observado na região Norte (5,4/10.000), seguida pelas regiões Centro - Oeste (4,0/10.000), Nordeste (3,1/10.000), Sudeste (0,9/10.000), e na região Sul (0,6/10.000).⁴ Determinantes históricos e socioeconômicos, associados à ocupação da Amazônia Legal e à manutenção de iniquidades sociais na região Nordeste ajudam a explicar o acúmulo de pessoas infectadas, em se tratando de doença de longo período de incubação.⁵

Outros fatores também devem ser associados ao perfil clínico-epidemiológico do paciente, de forma a caracterizar com mais fidelidade a situação onde está inserida a doença. As variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes

níveis de resposta imune celular ao *Mycobacterium leprae*. A classificação adotada no Brasil para a rede básica de saúde é a de Madri, que foi estabelecida por Rabelo em 1953, no Congresso Internacional de Hansenologia realizado na cidade de Madri, onde os pacientes passaram a ser classificados quanto à forma clínica em indeterminados, tuberculóides, dimorfos e virchowianos, tomando por base a apresentação dos sinais e sintomas.⁶

Ademais, para fins de operacionalização do tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma classificação que reúne os pacientes em Paucibacilares (PB), aqueles com até cinco lesões; e em Multibacilares (MB), com mais de cinco lesões. Quando disponível, a baciloscopia de pele poderá ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB.¹

No Brasil, a doença faz parte das prioridades de gestão do Ministério da Saúde (MS), através do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). Desde a década de 1990, com a efetivação da descentralização do sistema de saúde, o PNCH figurava como um dos requisitos básicos constantes da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), sendo repassado para a responsabilidade dos municípios.⁷ Foi percebida então, a necessidade de capacitar os profissionais da rede básica de saúde, para que esses municípios assumissem, de fato, as ações de controle da doença.

A necessidade de preparo profissional está destacada até os dias atuais, pois embora muito se tenha avançado em relação ao tratamento, a manutenção do treinamento de recursos humanos é pertinente, especialmente nos aspectos de diagnóstico. Destacam-se a importância do acesso a informação sobre a doença por parte da população em geral e dos profissionais de saúde, e a disponibilização de meios para estabelecer diagnóstico e tratamento, pois as mudanças nas formulações das políticas de saúde e intervenções na hanseníase culminaram com os atuais programas de controle cujo declínio da prevalência, eliminação da hanseníase no mundo, tratamento ambulatorial de curta duração e cura, são termos incorporados na atual visão da doença, em substituição ao legado de segregação, isolamento, deformidade física e estigma.⁸

Deve-se entender que o desempenho profissional, a competência e a qualidade não são constantes nem lineares, pois variam de acordo com a formação profissional e o contexto. Sendo assim, a formação dos profissionais deve ser complementada e

adequada ao meio e circunstâncias de forma contínua e motivadora através da supervisão.⁹

Diante do exposto na literatura e da realidade vivenciada pela autora como profissional de saúde da atenção básica, no que concerne ao atendimento ao portador de hanseníase, decidiu-se pela realização desta pesquisa-ação cujo objetivo foi propor planejamento para estruturação e avaliação da qualidade de um serviço de atendimento ao paciente com hanseníase.

MÉTODO

Tratou-se de estudo do tipo relato de experiência, ancorado na pesquisa-ação, de caráter intervencionista. Entende-se por pesquisa-ação uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática.¹⁰

Foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, pertencente ao Sistema Local de Saúde de Fortaleza - CE. A referida capital possui aproximadamente 2.447.409 habitantes e ocupa a 5ª posição no *ranking* das capitais mais populosas do país.¹¹ O local desta pesquisa pertence à Secretaria Executiva Regional (SER) I, e foi escolhido por ser campo de estágio para acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde uma das autoras possui atividades discentes relativas ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A atividade iniciou-se em novembro de 2010, ao serem detectados dois casos de hanseníase MB na área adstrita a unidade, pelas acadêmicas de enfermagem da UFC. Neste momento, deu-se início ao plano de estruturar um serviço de atendimento ao portador de hanseníase, bem como as estratégias possíveis para manter a qualidade, estendendo-se até o mês de fevereiro de 2011. Como participantes tivemos: 01 Médico Infectologista, 03 Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF), 01 Enfermeira/ aluna do curso de especialização em Gestão em Saúde, 03 técnicas de enfermagem da ESF, 01 Farmacêutica, 03 funcionários técnicos-administrativo do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e a coordenadora do centro de saúde.

Utilizou-se como referencial teórico e método, o Ciclo PDCA, que consiste em uma ferramenta gerencial de tomada de decisões que visa garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização, sendo composto das seguintes etapas: planejar (são definidas as metas a

serem alcançadas e o método para alcançá-las); executar (as tarefas são executadas exatamente como foi previsto na primeira etapa, porém também são coletados os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nesta etapa são essenciais a educação e o treinamento no trabalho); verificar (observar se a meta foi alcançada, dentro do método definido, identificando os desvios ocorridos); e agir corretivamente (caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas, caso não sejam identificados desvios, é indicado realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro).¹²

Para esta atividade de intervenção caminhou-se durante as fases de planejamento e execução, onde foi proposta a identificação do problema, reconhecendo sua importância; a investigação das características específicas do problema sob vários pontos de vista; a determinação da causa fundamental; e a concepção de um plano de ação, bem como o alcance de algumas metas.

Como ferramenta para o levantamento das necessidades utilizou-se o *brainstorming*, que consiste em um método usado para que um grupo de pessoas crie o maior número de idéias acerca de um tema previamente selecionado. Neste trabalho optou-se pelo *brainstorming* estruturado, onde todos os integrantes deveriam propor uma idéia de forma ordenada. Escolheu-se essa modalidade pela composição profissional heterogênea do grupo, assim evitou-se a predominância dos participantes mais comunicativos, o que proporcionou a todos uma oportunidade igual para contribuir com idéias, e um envolvimento maior de todos os integrantes.¹²

Na fase de planejamento, foram estabelecidas três questões norteadoras para o *brainstorming*, sendo estas: “Como promover um atendimento de qualidade?”; “Quais as dificuldades encontradas, e como superá-las?”; e “Quais estratégias poderiam manter a equipe motivada?”.

Para cada um dos problemas priorizados, a equipe estabeleceu as metas de melhoria a serem alcançadas. O estabelecimento de metas é importante para constatar o nível de melhoria a ser alcançado no processo, a partir da causa do problema que foi definida para ser eliminada.¹² Nesta mesma fase, foram indicadas as providências a serem tomadas relativas às oportunidades e as necessidades de melhorias, metas/objetivos, processo, controles e medidas, responsabilidades,

cronograma, etapas de implantação e necessidades de recursos.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, bem como as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, apresentadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, e por fim assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado por um Comitê de ética em pesquisa?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciando a fase de planejamento, foram identificados os seguintes descritores do problema; área adstrita à UBS “silenciosa” para hanseníase (sem registro de casos), mesmo estando dentro de uma SER hiperendêmica (taxa de detecção \geq quatro casos por 10.000 habitantes)¹⁴, pacientes da área encontrados em tratamento em unidade de nível secundário, e os dois casos identificados na área já apresentavam deformidades associadas à doença. Este último fator destacado preocupa, pois em estudo descritivo, retrospectivo, realizado com 183 pacientes portadores de hanseníase, atendidos em um centro de saúde no município de São Luís - MA, foi evidenciada relação direta entre o diagnóstico tardio com o aumento do GIF, pois o diagnóstico tardio de dois a três anos aumentou em 35% o risco de incapacidade, e quando maior que três anos este risco eleva-se para 48% em relação ao diagnóstico precoce, considerado até dois anos após o início dos sintomas.¹⁵

Ao levantarmos as possíveis causas relacionadas ao problema destacaram-se as respostas de falta de conhecimento, ou conhecimento insuficiente por parte dos profissionais da unidade, que estariam diretamente ligados à limitação de informação da população que, conseqüentemente, não procuraria o serviço de maneira espontânea, reforçando o preconceito e o estigma vivenciado pela comunidade.

A segurança no conhecimento sobre a doença por parte dos profissionais é ferramenta importante no controle da doença, já que estes são considerados os agentes de mudança para a sensibilização da população, quanto à não-estigmatização e a cura da doença.

Ainda é comum se ouvirem relatos de pacientes que enumeram a quantidade de profissionais da área de saúde pelos quais passaram sem que a doença fosse detectada. A maioria relata os vários tipos de

tratamentos que realizaram, sem obterem nenhum resultado.¹⁴ Esta realidade está amparada no próprio discurso de alguns profissionais, que referem não se sentirem capazes de acompanhar pacientes com hanseníase, devido ao conhecimento insuficiente que têm sobre a doença.¹⁶

Em pesquisa realizada em Manaus - AM, cujo objetivou identificar fatores que contribuíssem para a alta demanda de portadores de hanseníase em um centro de referência, destacaram-se desconhecimento dos profissionais e falta de um bom atendimento nas unidades básicas.¹⁷

De um modo geral, muitas são as justificativas para o desempenho insatisfatório das funções e tarefas nos serviços de saúde, como por exemplo; baixo percentual de profissionais capacitados na rede, formação inadequada, influencia dos fatores políticos, sociais e culturais, inadequação do modelo de atenção, descrédito da cura da hanseníase, baixa integração institucional, baixa cobertura populacional, fluxo financeiro irregular, entre outras, não correspondendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tampouco as expectativas da população e da gerência nos diferentes níveis. Além do déficit de recursos humanos na saúde, temos inadequação de perfis profissionais, baixa remuneração, forma inadequada de inserção dos trabalhadores, desvalorização técnico-social do trabalhador e péssimas condições de trabalho. Enfim, melhorar o desempenho dos recursos humanos nesse cenário é o atual e principal desafio gerencial.¹⁴

Como conseqüência deste conhecimento insuficiente, daqueles que deveriam orientar a população, temos a exclusão social do doente dentro da comunidade, fazendo com que casos suspeitos recorram à unidade de referência, ou que estes escondam a doença até que essa gere incapacidades permanentes.

Analisando os fatores apontados acima, ficou nítido que as causas críticas que mereciam correção imediata eram o conhecimento insuficiente reconhecido por alguns profissionais, e o despreparo da unidade em receber adequadamente os pacientes, pois primeiro precisamos desmistificar a doença perante os profissionais, para que esses possam acolher os portadores e informar a população.

Sendo assim, dirimidas as questões iniciais elegeram-se as causas como problemas urgentes: desconhecimento da hanseníase por alguns profissionais da unidade, e inadequação de estrutura de seguimento para portadores de hanseníase, o que resultou na

Matriz de Programação de Ações apresentada na figura 1.

I -	Conhecimento insuficiente reconhecido por alguns profissionais da unidade
Ações	<ul style="list-style-type: none"> Convocar profissionais pra palestra sobre Hanseníase, em grupos de acordo com o nível profissional: Grupo 1: Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas; Terapeutas Ocupacionais, e Odontólogos. Grupo 2: Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, e Atendentes de consultório e profissionais do SAME, Laboratório e Farmácia.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Materiais - (Projeto Multimídia; Computador + Estabilizador; Material informativo; Sala que acomodasse os participantes.)
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação (Teste) contendo 10 questões objetivas sobre os pontos abordados no treinamento.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> Alcançar acima de 7 pontos em teste realizado após o treinamento.
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento com menos preconceito, e mais independente da Unidade de Referência.
Prazo de conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Dois meses
Responsável	<ul style="list-style-type: none"> Coordenadora da UBS. Profissional indicado para capacitação pela Unidade de Referência.
II -	Inadequação de estrutura de seguimento para portadores de hanseníase.
Ação 1	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com profissionais de saúde (Grupo 1) e demais colaboradores (Grupo 2), para definição de competências e atribuições, e quais destes terão responsabilidades no serviço de atendimento ao portador de hanseníase.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Humanos
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> Fluxograma de competências profissionais. Fluxograma demonstrativo do seguimento do paciente e as atribuições de cada profissional neste processo.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> O paciente conseguir ser atendido em todas suas demandas sem atrasos ou encaminhamentos.
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> 100% de integração entre as ações do GRUPO 01 e GRUPO 02.
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> Quatro meses
Responsável	<ul style="list-style-type: none"> Coordenadora da UBS. Chefe de cada setor.
Ação 2	<ul style="list-style-type: none"> Organização de recursos para atendimento.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Humanos - (1 Médico, 1 Enfermeira, 1 fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, 1 técnico de enfermagem, odontólogo e ACS da área da UBS). Materiais - (material de escritório para armazenar prontuários de atendimento, Kit para avaliação de sensibilidade).
Indicador	<ul style="list-style-type: none"> Organização da manutenção dos Kits de avaliação e formulários de atendimento. Cronograma de execução das ações para receber os materiais.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> Kit completo para avaliação de sensibilidade para cada Médico, Enfermeira, Fisioterapeuta/ Terapeuta Ocupacional. Formulário para Consulta ao Paciente Portador de Hanseníase, elaborado por profissionais da UBS, baseado em documentos de atendimento do MS.
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> Adesão do paciente ao serviço implantado na UBS.
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> 01 mês
Responsável	<ul style="list-style-type: none"> Coordenadora da UBS. Profissionais eleitos para compor a equipe.

Figura 1. Matriz de Programação das Ações. Fevereiro de 2011. Fortaleza - Ceará.

Com isso iniciou-se a análise dos tópicos relacionados ao despreparo dos profissionais, para um melhor direcionamento do treinamento. No tópico “aperfeiçoamento do atendimento”, os participantes destacaram que era preciso um método de ensino-aprendizado mais dinâmico, pautado nas próprias experiências para que a doença fosse desmistificada, que fossem respeitados o perfil de cada profissional para definir as atribuições de cada um dentro do processo, e a necessidade de recursos físicos e materiais para um atendimento de qualidade.

Com base nas respostas acima, ficou determinado que ao término do processo*, seria avaliado o desempenho de cada um, e

aquele que apresentasse melhor perfil, seria o responsável pela supervisão do serviço proposto.

Foi considerado o perfil de um supervisor/gestor competente *aquele que possuísse visão sistêmica e estratégica, domínio pessoal, capacidade de trabalhar em equipe, habilidades humanas e interculturais, criatividade, flexibilidade, capacidade de inovação, comportamento ético e capacidade de aprender, de liderar e educar.¹⁸

No processo de gerência, a supervisão proporciona oportunidade tanto para apoiar, orientar e motivar os profissionais no aperfeiçoamento das habilidades quanto para

aprender. É um processo bidirecional de crescimento mútuo para o supervisor e para o supervisionado. Destina-se mais a educar, qualificar, revendo as atribuições e competências do que simplesmente controlar.¹⁹

Um ponto positivo desta etapa foi a definição das atribuições de cada categoria profissional dentro do atendimento ao portador de hanseníase. Para isto tomamos como base o disponibilizado pelo estado de Minas Gerais, em treinamento sobre hanseníase para profissionais de saúde, realizado em 2005.¹⁹

Sendo assim, o próximo ponto “como superar as dificuldades encontradas” revelou como estratégia a observação de como estavam sendo realizadas as tarefas de cada categoria profissional e sob que contexto, identificando assim as dificuldades e propondo meio de resolvê-las em conjunto. Para isto propomos a utilização de Instrumento de Reconhecimento da Qualidade, adotado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará desde 2002, para avaliação contínua da qualidade do serviço implementado.²⁰

Outra proposta foi a elaboração e padronização de um Formulário para Consulta ao Paciente Portador de Hanseníase (APÊNDICE A), que norteasse a consulta ao paciente para todos os profissionais. Este compreendeu dados de identificação, queixas, antecedentes pessoais e familiares, e aspectos do tratamento atual.

Por fim como “estratégias para manter a equipe motivada”, destacamos a necessidade de identificar as falhas na capacidade de comunicação, e de relacionamento para a solução dos problemas técnicos e de relações humanas, e de mostrar a importância do compromisso profissional para o trabalho em conjunto.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste trabalho trouxe ganhos tanto para a equipe da UBS, — que encontrou espaço para aprimorar-se profissionalmente na área do cuidado à hanseníase, e expor suas idéias e estratégias dentro deste processo, e se espera, também, que traga ganhos a longo prazo para os pacientes, com a implementação de um serviço de qualidade acessível a estes.

Destaca-se como facilidade deste processo, o envolvimento dos profissionais da UBS, pois por se tratar de uma unidade de ensino, estes já se mostraram dispostos e comprometidos com a melhoria do serviço, que também seria campo de prática para diversos cursos da área

da saúde, que antes apresentavam dificuldade em encontrar este espaço na atenção básica.

Já um fator que trouxe pequenas barreiras, foi o preconceito, pois apesar de passarem por capacitações e orientações, alguns profissionais traziam um conhecimento empírico carregado de preconceito e estigma, adquirido no âmbito familiar, que dificultou proximidade destes com os pacientes. Não podemos negar o passado de isolamento obrigatório que recai sobre a doença no Brasil, quando este ainda era um agravo sem cura.

Espera-se que as propostas sugeridas neste projeto sejam seguidas e expandidas de acordo com a necessidade da UBS, e que este tenha servido para impulsionar novos projetos em diversas áreas dentro da unidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Cadernos de Atenção Básica, 21).
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). Genebra; 2005.
3. Sousa PRA, Sampaio RC, Sousa SPO, Néttó OBS. Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase. 7ª ed. Teresina (PI): Observatório Epidemiológico. Centro de Ensino Unificado de Teresina; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Ramos Júnior NA, Heukelbach J, Gomide M, Hinders DC, Schreuder PAM. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. Cad Saúde Colet. 2008; 16(2):147-68.
6. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity. A five group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1966; 34(3):255-73.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: norma operacional básica/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
8. Martelli CMT, Stefani MMA, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de

Investigação Científica: Hanseníase. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5(3):273-85.

9. Gonçalves A, Reis ELA, Araújo NCA, Silveira CA. The training of nurses for the family health strategy. Rev Enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2010 [aceso em 2011 maio 29]; 4(3):1543-9. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1223/pdf_154

10. David T. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa. 2005; 31(3):443-66.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [Internet]. 2010 [acesso em 2011 abr 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

12. Borges E. A lei de Murphy no gerenciamento de projetos. Rio de Janeiro: Brasport; 2007.

13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

14. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. Rev Eletr Enf [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2011 maio 25]; 11(3):539-44. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a10.htm>

15. Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, Coelho Neto GT, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase

atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. Rev Bras Clin Med. 2010; 8(4):323-7.

16. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: enfermeiros opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2008; 61(esp):671-5.

17. Pimentel NSN, Fialho VML, Oliveira RML, Gomide M, Heukelbach J, Correia CMF. Fatores associados à alta demanda de pacientes com hanseníase em centro de referência em Manaus, Amazonas. Cad Saúde Colet. 2008; 16(2):169-80.

18. Brito LMP, Braga JL. Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde. Rev Adm Hosp Inov Saúde. 2010; 5:26-39.

19. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MG). Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária. Supervisão na Atenção Básica: Enfoque em Hanseníase. Minas Gerais: SESA; 2005.

20. Secretaria da Saúde (CE). Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza: SESA; 2002.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/16/14

Last received: 2011/10/17

Accepted: 2011/10/18

Publishing: 2011/11/01

Corresponding Address

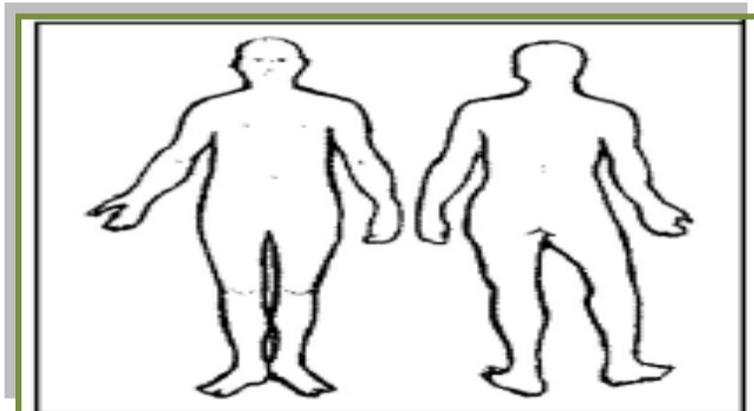
Paula Sacha Frota Nogueira
Rua Nelson Coelho, 800, Lagoa Redonda
Fortlazela (CE), Brazil

Apêndice - A – Formulário para consulta a paciente portador de hanseníase.

Unidade de Saúde: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	
Nome:	Nº do Prontuário:
Sexo: () feminino () masculino	
D.N. / /	Idade:
Nome da Mãe:	
Município de Residência:	UF:
Endereço:	
Telefone:	
Profissão:	
Renda Familiar:	Escolaridade:
Nº de pessoas residentes na mesma casa:	Quantos cômodos?
ANTECEDENTES PESSOAIS RELACIONADOS À DOENÇA	
Há quanto tempo reside no município informado acima?	
Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?	
Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? () Sim () Não	
Se sim, qual problema/doença havia sido identificado?	
Existe ou existiu portador de Hanseníase na família? () Sim () Não	
Caso sim, quantas foram e qual o grau de parentesco?	
EXAME DO PACIENTE	
Q.P:	
Nº de lesões de pele:	
Tipos/características das lesões:	
Área (s) com alteração de sensibilidade sem manchas () Sim () Não	
Mancha(s) c/ alteração da coloração da pele e alteração de sensibilidade () Sim () Não	
Placas eritematosas c/ bordas elevadas e alteração de sensibilidade () Sim () Não	
Nódulos/ Pápulas ()	Infiltração ()
Outros (especificar):	
Existem áreas com rarefação de pêlos? () Não () Sim Onde?	
Existem nervos acometidos? () Não () Sim Quantos?	
Quais nervos? () ulnar () radial () mediano () radial cutâneo () tibial posterior () fibular comum	
Cicatriz de BCG: () nenhuma () uma () duas ou mais	

MARQUE A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES:



DADOS DO DIAGNÓSTICO					
Data do diagnóstico: ___/___/___					
Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana					
Classificação operacional: () Paucibacilar () Multibacilar					
Modo de detecção do caso: () encaminhamento () demanda espontânea () busca ativa () exame de contatos () outros: _____					
Data início do tratamento: ___/___/___					
Esquema terapêutico: () PQT/PB/ 6 doses () PQT/MB/12 doses () outros: _____					
EXAMES COMPLEMENTARES AO DIAGNÓSTICO					
Baciloscopia: diagnóstico: _____ alta: _____					
Histopatológico:					
Mitsuda: () negativo _____ () positivo _____					
Teste de Histamina/ Reação de Lewis () Completa () Incompleta					
CONTATOS INTRADOMICILIARES					
NOME	PARENTESCO	Nº DE DOSES ANTERIORES DE BCG	DATA AVALIAÇÃO	DA	BCG
			___/___/___		