

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL E APLICADA
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE
(Modalidade a Distância)**

**ESTRATÉGIA PARA CAPTAÇÃO DOS CONTATOS FALTOSOS DE PACIENTES
DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM HANSENÍASE**

**CURITIBA
2013**

JOSIANE CHORÉ FERREIRA

**ESTRATÉGIA PARA CAPTAÇÃO DOS CONTATOS FALTOSOS DE PACIENTES
DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM HANSENÍASE**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

**CURITIBA
2013**

Dedicatória

À equipe do Centro Especializado Dr.
Germano Traple.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos tutores do Curso de Gestão Pública em Saúde, em especial a presencial Paloma Sodré, pela dedicação e empenho em sempre sanar nossas dúvidas.

A professora orientadora desse projeto, Karla Crozeta Figueiredo, pelas riquíssimas contribuições, orientações e paciência.

A comprometida equipe do Centro Dr. Germano Traple, as técnicas de Enfermagem Silvana, Silvania, a auxiliar de Enfermagem Caroline, a fisioterapeuta Thaís, a Terapeuta Ocupacional Dione, ao médico Hamilton e ao auxiliar administrativo Valdenisio, pelo apoio e cooperação no desenvolvimento das ações nesse Centro.

A Secretaria Municipal de Saúde pelo espaço de pesquisa e incentivo.

A instituição de ensino Universidade Federal do Paraná por mais uma vez me proporcionar um espaço para construção de conhecimento.

Ao enfermeiro Terezio Gapski Filho por ser tão prestativo, resolutivo e por ter contribuído com a construção desse projeto.

RESUMO

No Brasil, apesar da redução nas taxas de prevalência, a hanseníase, doença infectocontagiosa, de alto poder incapacitante, ainda está no conjunto das doenças negligenciadas relacionadas à pobreza. Seu modo de transmissão acontece por vias aéreas superiores, por contato íntimo e prolongado, portanto, o principal risco de contágio é entre as pessoas de convívio intradomiciliar. Assim, uma das formas de controle da doença é por meio da vigilância dos contatos registrados. Estes devem ser examinados anualmente, por pelo menos cinco anos consecutivos, mesmo após a alta do doente, devido o período de incubação do bacilo causador da doença, que pode ser de 2 a 5 anos, o que torna essas pessoas possíveis fontes de contágio. Os dados da série histórica da proporção dos contatos registrados avaliados e não avaliados do município de Piraquara, região metropolitana de Curitiba, mostram que muitos são os contatos que deixaram de ser investigados. Portanto, para tornar possível o controle dessa doença, enquanto agravo de saúde pública, precisamos encontrar formas que torne possível a sua eliminação, por meio da elevação dos índices da proporção dos contatos investigados. Assim, o principal desafio é criar ações que permita o controle e acompanhamento desses indivíduos, que por diversos motivos faltam às consultas para avaliação. Deste modo, o principal objetivo desse projeto técnico é formular um plano de ação para a captação de contatos faltosos de pacientes diagnosticados com hanseníase acompanhados em um Centro Especializado em tratamento de feridas e hanseníase, no município. As ações desenvolvidas do plano serão de responsabilidade da equipe multiprofissional do centro, em parceria com integrantes da Vigilância Epidemiológica Municipal e Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, desenvolvidas em forma de campanhas, educação em saúde e capacitação de profissionais da atenção básica e do Centro, criação de sistema de informação e controle dos comunicantes. Com a implantação do plano espera-se elevar os índices dos avaliados para maior ou igual a 90%, no ano epidemiológico de notificação, desde 2006 até o ano de 2013. Acredita-se que o desenvolvimento dessas ações viabilize uma perspectiva de eliminação desse agravo no município.

Palavras-chave: Contatos intradomiciliares; Hanseníase; Plano de Ação.

LISTA DE SIGLAS

PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

PQT – Poliquimioterapia

CEPCH – Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase

SESA-PR – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná

MS – Ministério da Saúde

VEM – Vigilância Epidemiológica Municipal

MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Apresentação/Problemática.....	08
1.2 Objetivo Geral do Trabalho.....	09
1.3 Justificativas do Objetivo.....	10
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	11
2.1 Características, Controle e Prevenção.....	11
2.2 Breve histórico da hanseníase no Brasil, no Paraná e no município de Piraquara, como agravo de Saúde Pública.....	13
2.3 Situação atual da Hanseníase no município de Piraquara.....	14
2.4 Plano de Ação para captação dos contatos faltosos de pacientes diagnosticados.....	15
3 METODOLOGIA.....	17
4 ORGANIZAÇÃO.....	18
4.1 Descrição Geral.....	18
4.2 Diagnóstico da Situação-Problema.....	19
5 PROPOSTA.....	24
5.1 Desenvolvimento da Proposta.....	24
5.2 Plano de Implantação.....	24
5.3 Recursos.....	27
5.4 Resultados Esperados.....	27
5.5 Resultados ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	28
6 CONCLUSÃO.....	29
7 REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS.....	32
APÊNDICE.....	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

A hanseníase, doença de agravo epidemiológico, de notificação obrigatória, causada pelo bacilo de Hansen, pode causar incapacidades físicas graves, quando não tratada precocemente. Sua transmissão dá-se por vias aéreas superiores, pelas gotículas da saliva, tosse e espirro; por contato íntimo e prolongado com o doente bacilífero sem tratamento. Portanto, as pessoas que mais têm chances de serem infectadas são aquelas da mesma convivência domiciliar (COSTA *et al*, 2010). O diagnóstico pode ser realizado pela avaliação minuciosa do paciente, onde se faz o levantamento da sua história e condições de vida, e realiza-se exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (BRASIL, 2010).

No Brasil, apesar da redução nas taxas de prevalência e detecção de casos novos, essa continua no conjunto das doenças negligenciadas relacionadas à pobreza. Para que a hanseníase deixe de ser um problema de saúde pública no País é necessário que, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1991, o coeficiente de prevalência seja menor ou igual a 1 caso por 10 mil habitantes. Assim, o MS assumiu o compromisso de alcançar esse coeficiente até 2015, na tentativa de eliminar esse agravo. Assim, nos municípios onde houve pelo menos um caso, nos últimos cinco anos, deve haver a vigilância dos comunicantes (Brasil, 2006; Brasil 2012; Silva *et al*, 2008).

No País, em 2010, ocorreram 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento. Neste mesmo ano, foram detectados 34.894 casos novos, equivalente a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes. Na série histórica do coeficiente de detecção no País no período de 2001 a 2010, houve queda de 35,1% no período. Embora haja esses decréscimos contínuos nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são consideradas mais endêmicas, com áreas de importante manutenção da transmissão (Brasil, 2012).

No Paraná o número de casos novos em 2010 foi de 1,071, já o coeficiente de detecção foi de 10,3 por 100.000 habitantes. Apesar desses dados não classificar

o Estado como região endêmica, são significativos e nos obriga a continuar a intensificação dos esforços para eliminar esse agravo no estado (SESA-PR, 2010).

As principais medidas para o controle dessa doença pela Vigilância em Saúde visam aumentar o percentual de exame de contatos, tendo em vista que os mesmos podem ser fontes de disseminação da doença. O Ministério da Saúde classifica os percentuais de detecção de casos novos, durante o ano epidemiológico, conforme a capacidade do serviço em avaliar seus comunicantes, em: bom, quando percentuais são maior ou igual a 75%; regular, quando apresenta percentuais entre 50 a 74,9%; e precário, quando menor que 50% (BRASIL, 2010).

O País, no ano de 2010 teve suas proporções de detecção considerada regular, com 58% de contatos registrados examinados. O do Paraná foi considerado, nesse mesmo ano, bom, com 86% da proporção de contatos examinados. Apesar do percentual está acima da média esperada, é importante ressaltar que esse deve melhorar, tendo em vista que esses contatos não avaliados podem ser portadores da hanseníase, e essa doença é infecto-contagiosa e tem a possibilidade de grau incapacitante alto (SESA- PR, 2010).

No município de Piraquara-PR, região metropolitana de Curitiba, devido o histórico atrelado com a localização do Hospital Dermatológico Sanitário do Paraná – antigo Hospital Colônia São Roque – houve a necessidade da criação de um Centro Especializado direcionado aos pacientes acometidos pela hanseníase, local do desenvolvimento desse projeto técnico.

Nesse município a proporção de contatos examinados no ano de 2010, foi de 91,11%. Porém, no ano de 2012, houve um decréscimo significativo que deixou a proporção regular, com apenas 66,66% de avaliados. Esses dados nos remetem a reflexão sobre a necessidade de retomarmos os esforços para continuar as ações de combate e eliminação desse agravo. E, já que uma das formas de detecção da doença é investigação dos comunicantes intradomiciliares, devemos criar ferramentas que tornem possível essa investigação, para quem sabe conseguirmos a erradicação dessa doença em Piraquara.

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Formular um Plano de Ação para a captação de contatos faltosos de pacientes diagnosticados com hanseníase acompanhados em um Centro Especializado em tratamento de feridas e hanseníase, no município de Piraquara.

1.3 Justificativas do objetivo

A hanseníase ainda é uma doença considerada de agravo público no Brasil, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, e por atingir principalmente a faixa etária economicamente ativa. O seu potencial incapacitante deve-se à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico. Portanto, essa doença pode lesionar primariamente a pele e os nervos periféricos, bem como manifestar-se de forma sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. (BRASIL,2008).

O Ministério da Saúde preconiza que o modelo de intervenção para o controle dessa patologia deve ser baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares. Tendo em vista que os contatos intradomiciliares apresentam maior risco de serem infectados é imperioso que todos os contatos registrados dos pacientes diagnosticados passem por avaliação. Para investigação epidemiológica considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou residiu com o paciente nos últimos cinco anos (BRASIL, 2010). Sendo assim, essa investigação dos contatos se faz extremamente necessária devido à probabilidade de descoberta de casos novos, o que possibilita o diagnóstico de possíveis fontes de infecção, conseqüentemente, impede a disseminação da doença.

No Centro Especializado de tratamento de feridas e hanseníase, no município de Piraquara, desde a sua inauguração, em 2006 até o primeiro semestre de 2013, foram registrados 265 contatos intradomiciliares e apenas 197 compareceram ao serviço para avaliação dermatoneurológica. Sendo assim, com base nesses dados, observa-se o quanto é necessário construir um plano de ação que possibilite a avaliação dos contatos intradomiciliares faltosos dos pacientes diagnosticados nesse Centro, tendo em vista que os mesmos podem ser fontes de transmissão da doença, portanto esta é a proposta central desse projeto técnico.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Este item abordará as características, controle e prevenção da hanseníase.. Em seguida, descreverá um breve histórico da hanseníase no Brasil, no Paraná e conseqüentemente, no município de Piraquara, bem como a situação atual deste município frente a mesma. E por último a importância de um plano de ação para detectar os contatos faltosos, para se obter um diagnóstico precoce da doença.

2.1 Características, Controle e Prevenção da Hanseníase

Doença infectocontagiosa, de evolução lenta e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, uma das principais características desse agravo, que pode causar incapacidades físicas e evoluir para deformidades. Tais incapacidades e deformidades podem levar os indivíduos acometidos pela hanseníase a diminuir sua capacidade laboral, limitar sua vida social e conseqüente problemas psicológicos, sendo também responsáveis pelo estigma e preconceito frente à doença (BRASIL, 2001).

A principal forma de contágio é através das vias aéreas superiores, quando um indivíduo suscetível entra em contato direto, íntimo e prolongado com o doente não tratado. Alguns fatores contribuem para esse risco de contaminação, como as condições individuais, condições sócio-econômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, alto índice de ocupação das moradias (BRASIL, 2001).

Conforme a carga bacilífera do indivíduo contaminado, pode apresentar-se de quatro formas: Indeterminada, Tuberculoíde, Dimorfa e Virchowiana. As duas primeiras formas não são consideradas contagiosas – paucibacilares (PB) – pois, possuem pouca carga de bacilos; e a terceira e quarta formas são consideradas contagiosas – multibacilares (MB) – pois, possuem carga bacilar alta. Quanto mais tardio o diagnóstico, maior a possibilidade de se encontrar algum grau de incapacidade no indivíduo. Sendo assim, preconiza-se que o mesmo aconteça precocemente e o tratamento seja realizado adequadamente para prevenir a evolução da doença (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde determina que é considerado caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais: a) lesão (ões) e/ou áreas (s) da pele com alteração de sensibilidade; b) acometimento de nervo (s) periférico (s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensomotoras e/ou autonômicas; e c) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico. Para fins terapêuticos os pacientes são classificados como paucibacilares, os que apresentam até cinco lesões na pele e multibacilares, com mais de cinco lesões na pele. Assim, de acordo com essa classificação é que se define o esquema terapêutico com o PQT, sendo que os pacientes paucibacilares utilizam esquemas terapêuticos com seis cartelas, com duração prevista de tratamento de seis meses e os multibacilares, habitualmente realizam o esquema com 12 cartelas, por 12 meses. Todas as doses iniciais das cartelas do PQT devem ser realizadas supervisionadas (BRASIL, 2010).

No início do tratamento todos os pacientes obrigatoriamente devem ser notificados, para isto utiliza-se a ficha do SINAN (ANEXO I), e devem passar por avaliação do grau de incapacidade, que utiliza o formulário de Avaliação simplificada das funções Neurais e Complicações (ANEXO II). Estas avaliações visam identificar se o paciente está com algum grau de comprometimento durante o diagnóstico, tratamento e alta (BRASIL, 2010).

O ideal seria que todos os pacientes fossem diagnosticados com grau de incapacidade 0, quando não há nenhuma complicação com olhos, mãos e pés. Porém, ainda há no País números significativos de diagnósticos tardios com grau de incapacidade 1 (diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos e diminuição ou perda da sensibilidade protetora das mãos e/ou pés) e nos piores dos casos, com grau de incapacidade 2 (lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1; lesões tróficas e lesões traumáticas em mãos e/ou pés; garras em mãos e/ou pés; reabsorção; mão e/ou pé caído; contratura do tornozelo) (BRASIL, 2010; VIEIRA *et al.*, 2008).

Uma das formas de se obter o diagnóstico precoce dos casos novos é a investigação de todos os contatos intradomiciliares dos pacientes infectados, por até cinco anos após a alta do paciente diagnosticado. “Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos” (BRASIL, 2010).

Durante a investigação dos contatos intradomiciliares é importante realizar a avaliação dermatoneurológica, reforçar a importância da avaliação de todos os

familiares e na oportunidade esclarecer dúvidas e orientar sobre a doença e prescrever, conforme necessidade, vacinação BCG (BRASIL, 2006).

2.2 Breve histórico da Hanseníase no Brasil, no Paraná e no município de Piraquara, como agravo de saúde pública

O histórico que se tem da hanseníase no Brasil é igual aos demais países da América, a mesma provavelmente chegou aqui com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII. Atualmente todos os países latinos têm essa doença, com exceção do Chile, e o Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos novos, só perdendo para a Índia (OPRAMOLLA, 2000).

Os primeiros registros que atestam a existência desse agravo no País são do final do século XVII. Em 1696, o Governador Arthur de Sá e Menezes procurava dar assistência no Rio de Janeiro aos “miseráveis leprosos”, que já existiam em números significativos (OPRAMOLLA, 2000).

Segundo Curi (2002, p 71) em 1714 foi inaugurado o primeiro Asilo para leprosos, em Recife, criado pelo Padre Antonio Manoel, que sediou a instituição em seu próprio domicílio. No início da década de 1930, assim como em outros países, o Estado de São Paulo adotou o modelo isolacionista, por meio da internação compulsória de todos os pacientes em Asilos-Colônias. Com essa medida pretendia-se eliminar a hanseníase, que ainda não tinha tratamento e cura. Os filhos desses pacientes nascidos nos Asilos também eram isolados da sociedade, bem como afastados de seus pais, ficavam em lugares chamados Preventórios (OPRAMOLLA, 2000).

Nessa época, o controle dos comunicantes desses pacientes era ineficaz, pois quando ocorria o diagnóstico, os indivíduos susceptíveis que conviviam com os pacientes e os doentes não registrados oficialmente se refugiavam com a ajuda de parentes e amigos para não serem internados (OPRAMOLLA, 2000).

Até a década de 1930, foram construídos no Brasil um total de 44 asilos-colônias em diferentes estados. Acreditava-se que esta era uma das únicas formas “profiláticas” para deter a lepra e impedir sua disseminação pelo País. Portanto, mesmo com grandes gastos ao cofre público, foram construídos os “leprosários”, todos bastante conhecidos nas regiões onde se localizavam. O principal modelo adotado foi o de colônia agrícola, que além de atender aos conceitos defendidos

como necessários para o sucesso destas instituições, concomitantemente ficavam distantes dos centros urbanos o suficiente para afastar dos olhos da maioria das pessoas à exibição de um dos mais antigos e espantosos males da humanidade, a lepra, como era conhecida (CURI, 2002).

No Paraná, no município de Piraquara, região metropolitana de Curitiba foi construído, em 1926, o Leprosário São Roque, atualmente denominado Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná. Assim como os demais leprosários o mesmo também tinha como objetivo isolar os portadores de hanseníase, do estado (CASTRO, 2005).

Devido à inexistência do tratamento e cura nesta época, além de notificação obrigatória, o isolamento compulsório era de caráter permanente. Portanto, o São Roque possuía espaços para abrigar famílias, com espaços para oficinas, igrejas, cinema, espaço de lazer, espaços para agricultura e criação de animais, chegou a abrigar 1200 pessoas. Porém, os asilados eram constantemente vigiados, além dos funcionários ninguém podia adentrar ou sair do local (CASTRO, 2005).

Com o surgimento do medicamento Poliquimioterapia (PQT), na década de 1980, que mostrou-se eficaz no tratamento e cura da doença, por ser composto de um conjunto de medicamentos associados, que são bactericidas e bacteriostáticos (rifampicina, dapsona e clofazimina) e interrompem ao início de seu uso a transmissão, o acompanhamento ambulatorial tornou-se possível, sem a necessidade de isolamento compulsório e permanente. A maioria dos pacientes ganharam alta hospitalar e somente aqueles que foram abandonados por suas famílias e não tinham para onde ir permaneceram no hospital, tendo este local como asilo (CASTRO, 2005).

Assim, Piraquara tem seu histórico intimamente ligado ao histórico desse agravo. Parte de sua população, especialmente da região do bairro Jardim Primavera, mediação do São Roque, se formou devido à migração das famílias que para lá se mudaram, para ficarem mais próximos de seus parentes e depois também pelos egressos do São Roque, pós-alta hospitalar compulsória (PAVAN *et al.*, 2007).

2.3 Situação atual da Hanseníase no município de Piraquara

No município de Piraquara, assim como os demais municípios do País, conforme Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006 – SVS/MS essa doença é de

notificação e investigação obrigatória e é considerada um dos agravos de ações prioritárias na esfera Estadual e Federal (SESA- PR, 2010).

Atualmente conforme é preconizado pela Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase – CEPCH, o município leva em consideração que essa patologia é considerada infecciosa, porém tem cura e prioriza-se o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para prevenir o aparecimento das sequelas, com objetivo de se evitar as incapacidades físicas, as alterações psicológicas devido ao diagnóstico tardio e o isolamento social (SESA- PR, 2010).

Nos últimos anos em Piraquara, houve um considerável aumento das notificações de casos novos. Acredita-se que isso se deve não somente ao fato do crescente número de casos, devido ao aumento populacional, como a melhor investigação e notificação de casos antes ignorados. Outro fator que pode ter contribuído para esse aumento, a ser considerado positivo, é que a maioria dos casos diagnosticados passaram a ser atendidos no município, e não mais em Curitiba, como ocorria em outros tempos (PAVAN *et al.*, 2007).

Apesar do considerável aumento das notificações de casos novos, uma grave situação ainda deixa em alerta, ainda há casos novos com diagnóstico tardio no município, com pacientes apresentando as formas mais graves da doença, isto é, com grande carga bacilífera, o que aumenta a possibilidade de transmitir a doença, causar maior comprometimento dos nervos e sua possível lesão, que pode levar ao surgimento de úlceras e deformidades, devido ausência de sensibilidade em pés e mãos (PAVAN *et al.*, 2007).

2.4 Plano de Ação para Captação dos Contatos Faltosos de Pacientes Diagnosticados

Apesar da importância da investigação dos contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados, atualmente, enfrenta-se uma problemática frente a esta ação no local de desenvolvimento desse projeto, pois ainda há um número significativos de contatos que não comparecem as consultas agendadas para a realização da avaliação dermatoneurológica.

Diante da identificação desse problema é importante criar ferramentas que organizem a instituição para que a mesma tenha meios para enfrentá-lo. Isso é possível pela criação de um plano de ação, tendo em vista que o mesmo é pontual e

define caminhos para a realização da programação das ações, sendo parte indissociável do processo de planejamento. Com o mesmo, é possível constituir e instrumentalizar a “prática de um arcabouço teórico que nos permite conferir ao planejamento sentido e conteúdo, a partir do pressuposto de que sem a programação as proposições tendem a ser caracterizadas apenas como declarações de intenções” (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2012, p. 164).

Sendo assim vale ressaltar a importância da elaboração e implementação de um plano de ação para controlar os contatos intradomiciliares faltosos, pelos integrantes da equipe do local de estudo desse projeto, vislumbrando a identificação de casos novos de hanseníase, com diagnósticos precoces, para se evitar incapacidades físicas, econômicas, psicológicas e sociais futuras.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto técnico, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, embasada em vivência prática e referencial bibliográfico. Foi desenvolvido no Centro Especializado Dr Gemano Traple – especializado em feridas e hanseníase.

A etapa inicial foi a análise de dados epidemiológicos fornecidos pela Vigilância Epidemiológica Municipal de Piraquara para identificar o número de contatos registrados de pacientes de hanseníase notificados no local de estudo, que não passaram por avaliação dermatoneurológica, no período de janeiro de 2006 a junho de 2013. Após foi realizado levantamento bibliográfico para embasar o projeto e justificar a necessidade da criação de um plano de ação, para a problemática apresentada.

Na última etapa serão realizadas reuniões para estabelecer os objetivos, metas e forma de avaliação do plano de ação para captação de contatos intradomiciliares faltosos, com os integrantes da equipe multiprofissional que fazem parte do local de desenvolvimento desse projeto, e o representante da Vigilância Epidemiológica Municipal, representante do Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase – Morhan, representante da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, em. Para elaboração do plano de ação será utilizado o referencial do curso de especialização Gestão Pública em Saúde, o módulo Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.

4 A ORGANIZAÇÃO

4.1 Descrição geral

O Centro Especializado Dr Germano Traple está localizado no bairro Jardim Primavera, rua Targino da Silva, nº 52. Entre as ruas João Simbalista e Laranjeiras, CNES: 6921965.

Atualmente instalado em imóvel alugado, possui uma estrutura física composta por duas salas de espera, sala de administração, duas salas de fisioterapia, sala de esterilização, almoxarifado, cozinha, dois banheiros (paciente e funcionário), uma sala de oficina de palmilhas, duas salas de curativos, um depósito, um expurgo, um consultório médico, uma sala de terapia de ocupacional (PIRAQUARA, 2013).

O Centro foi inicialmente criado para servir de Extensão da Unidade Flávio Cini, inaugurada dia 30 de junho de 2006; com o objetivo de tratar pacientes com hanseníase e com sequelas da mesma. Passou a ser cadastrado CNES no dia 23 de janeiro de 2012, denominado Centro Especializado Dr Germano Traple, pois atende a Portaria 594 de 29 de outubro de 2010 (PIRAQUARA, 2013).

O local escolhido para a implantação do Centro Especializado foi estratégico, pois fica próximo ao antigo hospital São Roque – Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, e por ter a maior concentração de pessoas egressas deste hospital, portadoras de sequelas do Mal de Hanse (MH) (SANTOS; MENDONÇA; SERRA, 2007).

Antes da fundação do Centro, os agentes da Pastoral da Saúde, em condições precárias, prestavam assistência às necessidades de saúde dos indivíduos que saíram do internamento compulsório. A assistência prestada era: tratamento de feridas crônicas, cortes de unhas e confecção de palmilhas (SANTOS; MENDONÇA; SERRA, 2007).

Para a construção do mesmo foi realizada uma pesquisa de campo em parceria com os acadêmicos de Terapia Ocupacional da UFPR. Com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde, Morhan, Pastoral da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (SANTOS; MENDONÇA; SERRA, 2007).

Inicialmente o Centro atendia apenas as necessidades imediatas dos usuários. Possuía uma equipe mínima, composta por: uma enfermeira, um técnico

de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e uma agente operacional. Atualmente é composta por: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, um clínico geral, um agente administrativo e uma agente operacional (PIRAQUARA, 2013).

O processo de trabalho foi estruturado, a equipe e serviços expandidos e hoje as principais ações desenvolvidas visam o restabelecimento funcional dos indivíduos tanto acometidos pela hanseníase, como demais agravos neuropáticos. E, até janeiro de 2013 o total de usuários cadastrados era de 1.272 pessoas. Tendo como referência este número, o percentual de pacientes referenciados de outros municípios é de 12,57%. Geralmente o total de acolhimento mensal de 1.200 pessoas (PIRAQUARA, 2013).

4.2 - Diagnóstico da situação-problema

O Centro Especializado Dr Germano Traple vem apresentando dificuldades em realizar avaliação inicial e o monitoramento dos contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados. Os mesmos devem ser examinados anualmente por cinco anos consecutivos, devido o risco de serem fontes de disseminação da doença, pois o bacilo pode ficar incubado de dois a cinco anos no organismo.

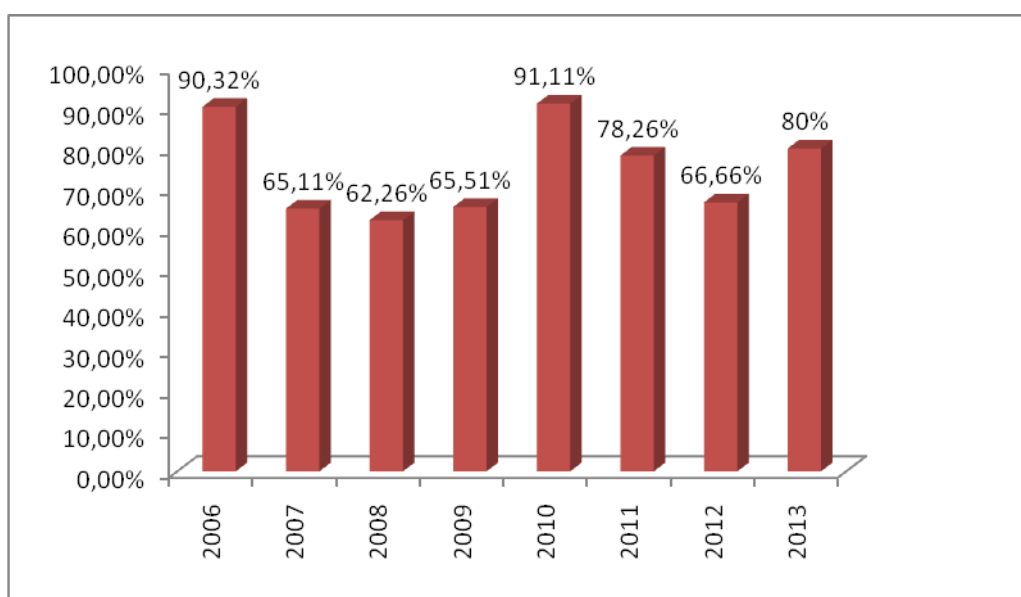
As ações do Centro baseiam-se principalmente na Portaria nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010, portanto não possuem diretrizes e ferramenta informatizada própria para vigilância, atenção e controle do agravo em questão, bem como para as demais ações do serviço que dão seguimento ao acompanhamento do comunicante. Atualmente, após o registro dos contatos, o paciente notificado é orientado a trazer seus familiares ao Centro para serem examinados e conforme necessidade, é prescrito a BCG, e são orientados quanto a importância da investigação epidemiológica de seus familiares, mesmo após sua alta. Porém, se os comunicantes não comparecem, não temos estratégia de captação e controle dos mesmos, o que permite o abandono da vigilância dos mesmos.

A consequência da falta dessa ferramenta implica no déficit da qualidade da capacidade do serviço em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares para detecção de casos novos, de forma efetiva, o que pode ocasionar a falta de controle da doença.

Sendo assim, o ideal seria que se criassem meios que possibilitem o controle dessas pessoas, seja por meio de ações de educação em saúde e/ou pela criação de ferramenta que nos permita identificar precocemente a não realização dos exames dermatoneurológicos, tanto inicial, quanto os subsequentes. Com isso acredita-se que as proporções entre contatos registrados e examinados, cheguem próximas a 100%, para quem sabe erradicarmos essa doença do município, que pode causar tanto limitações físicas, quanto social, a quem é atingido por ela.

Quando analisamos essas proporções do Centro em estudo, desde o ano de sua inauguração, em 2006, até junho de 2013, observamos que ainda são significativos os percentuais de contatos que estão sem avaliação. Conforme é possível observar no GRÁFICO 1 que demonstra a série histórica da proporção dos contatos registrados examinados e não examinados.

GRÁFICO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES EXAMINADOS DOS CASOS DE HANSENÍASE REGISTRADOS NO CENTRO ESPECIALIZADO DR GERMANO TRAPLE, PERÍODO DE JANEIRO DE 2006 A JUNHO DE 2013



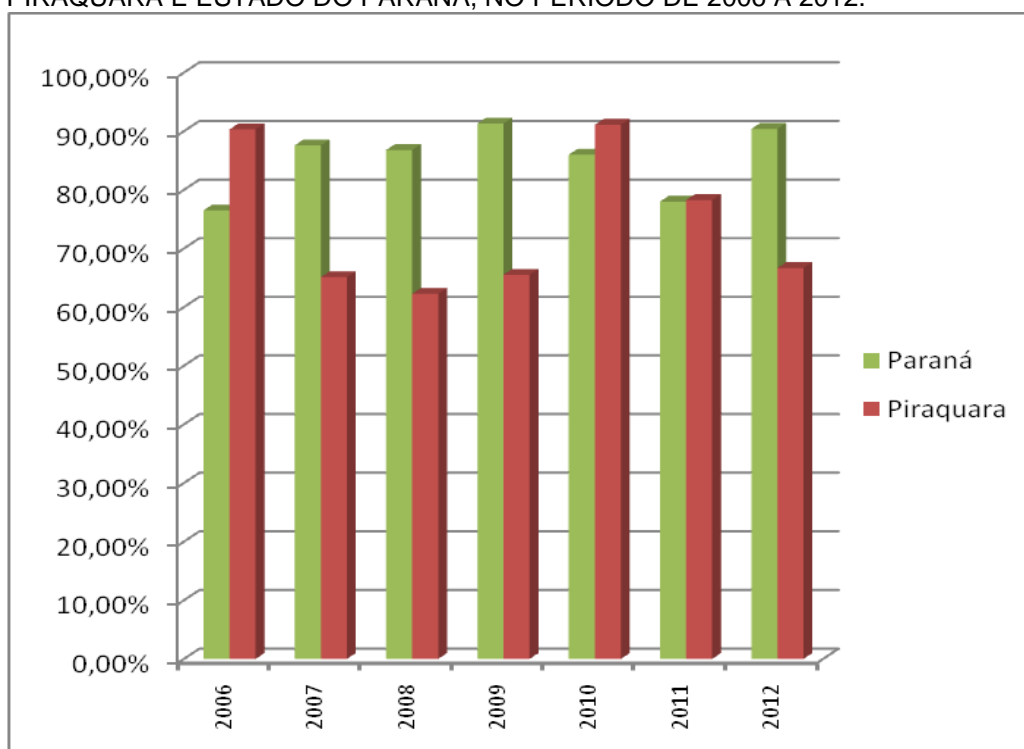
FONTE: O autor (2013)

No GRÁFICO 1 observa-se que em oito anos de existência, nos anos de 2006, 2010, 2011, e primeiro semestre de 2013 conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) os indicadores de proporção de contatos intradomiciliares examinados superaram a porcentagem que considera boa a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares para detecção de

casos novos, que deve ser maior ou igual a 75%. Esses anos apresentaram respectivamente porcentagens de 90,32%; 91,11%; 78,26% e 80%. No entanto, em 2007, 2008, 2009 e 2012 os percentuais ficaram com valores considerados regulares, pois estão abaixo de 74,9%. Para o MS, percentuais entre 50 a 74,9% é considerado Regular e abaixo de 50% é considerado Precário. Sendo assim, nesses anos os percentuais de contatos avaliados foram respectivamente valores de 65,11%; 62,26%; 65,51%; e 66,66%.

Ainda, ao se fazer um comparativo entre a série histórica entre as proporções de contatos registrados e examinados dentre os casos notificados no município e no estado do Paraná, no período de 2006 a 2012, observa-se que apenas no ano de 2006 superamos os indicadores do estado, conforme GRÁFICO 2:

GRÁFICO 2 - SÉRIE HISTÓRICA ENTRE AS PROPORÇÕES DE CONTATOS REGISTRADOS E EXAMINADOS DENTRE OS CASOS NOTIFICADOS EM PIRAQUARA E ESTADO DO PARANÁ, NO PERÍODO DE 2006 A 2012.



FONTE: O autor (2013)

O GRÁFICO 2 demonstra que as proporções de contatos examinados no Paraná, no período de 2006 a 2012 estão todas acima do percentual considerado bom, preconizado pelo MS, com variações de 76,50% a 91,30%. Já o município de Piriquara, apesar de nos anos de 2006, 2010 e 2011 terem percentuais que

superaram os parâmetros estabelecidos, na maioria das vezes, além de ficar abaixo do ideal, não alcançou os índices estaduais, principalmente no ano de 2012, com 66,66%, em contrapartida o estado alcançou 90,40%, o que coloca o município em alerta para elevar seus índices.

Na TABELA 1 é possível apontar outra problemática quanto aos casos novos diagnosticados no município, quando se observa a distribuição dos mesmos por Unidade de Saúde. No período de 2006 a junho de 2013 nota-se uma concentração de casos em determinada região do município, conhecida como Guarituba, onde se localizam três unidades de saúde: Wanda, Caiçara e Elfride.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE POR UNIDADE DE BÁSICA DE SAÚDE DIAGNOSTICADOS NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2006 A JUNHO DE 2013, NO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA.

UBS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Jun/2013	TOTAL
Central	02	-	-	01	01	01	01	03	09
Primavera	01	01	01	01	01	-	02	01	08
Wanda	03	02	01	01	-	01	-	01	09
Caiçara	05	03	05	01	03	01	03	-	21
Tia Tiana	-	03	-	-	-	-	-		03
Macedo	-	03	-	-	-	-	-		03
Elfride	-	01	01	-	02	01	01	01	07
S. Cristovão	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Capoeira	-	-	-	-	-	-	-	01	01
TOTAL	11	13	08	04	08	04	07	07	62

FONTE: O autor (2013)

A tabela 1 nos mostra que ao longo da série histórica da distribuição de casos por unidade, a que apresentou maior número foi a UBS Caiçara. A mesma juntamente com as unidades Wanda e Elfride estão localizadas na região do Guarituba, considerada a região com maior risco social do município, devido a sua ocupação ter sido de forma irregular. Essa comunidade tem baixo poder aquisitivo, saneamento básico precário e índice de criminalidade alto (GERALDI; LOYOLA; ROSAK, 2002). As três unidades nesses anos somaram o valor de 37 casos, equivalente a 59,67% do total, o que supera a soma de todas outras unidades em conjunto. Isso significa que o maior número de comunicantes a serem avaliados

também estarão localizados nessa região, portanto, as principais atuações do plano devem ser direcionadas a essa comunidade.

Os dados apontam uma necessidade urgente de melhoria na identificação de meios para elevar os índices de investigação dos contatos intradomiciliares. Tendo em vista, conforme afirma Vieira *et al* (2008) que todo doente de hanseníase foi um dia primariamente comunicante, o que os tornam fontes importantes de investigação epidemiológica, pois podem ser considerados grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso, com necessidade de quebra da transmissão da doença.

Portanto, a vigilância epidemiológica, que envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referente a esse agravo de saúde pública, nos subsidia para afirmarmos, que esse agravo ainda assola o município. Pois, somente no primeiro semestre de 2013, foram notificados sete casos, incluindo uma recidiva, o que torna cada vez mais imperiosa no município a produção de um plano com novas ações e recomendações a serem implementadas, como uma forma de estratégia para eliminação dessa doença, por meio do controle dos contatos intradomiciliares, proposta deste projeto técnico. E o Centro de Especialidade Dr Germano Traple é ideal para o desenvolvimento deste plano, por já desenvolver ações nesse sentido e por possuir uma equipe estruturada e extremamente envolvida com a causa da hanseníase.

5 PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da proposta

Diante do diagnóstico da situação problema exposta anteriormente elaborou-se esse projeto técnico que consiste em um Plano de Ação que objetiva elevar os índices de contatos examinados de pacientes diagnosticados com hanseníase para igual ou maior que 90%, nos anos correspondentes as notificações do período dos anos de 2006 a 2013.

Vieira *et al* (2008) aponta em uma pesquisa alguns motivos do não comparecimento dos contatos nas avaliações, são: esquecimento, falta de tempo, falta de recursos financeiros, vergonha, desconhecimento sobre a importância da realização do exame e da doença. No Centro, quando nos procuram tardiamente para a avaliação e abordados sobre os motivos pelo qual não compareceu antes, as respostas não são diferentes das apontadas na pesquisa. Assim, as ações do plano serão voltadas principalmente a sanar essas dificuldades apontadas pelos usuários.

Ainda, pode-se afirmar que devido à assistência a hanseníase no município está principalmente direcionada ao Centro, alguns profissionais encontram dificuldade no manejo da doença, por raramente entrar em contato com a mesma. Tal realidade, também necessita ser modificada, e isto também será contemplado no plano de ação.

As ações serão desenvolvidas em forma de campanhas, educação em saúde e capacitação de profissionais da atenção básica e do centro, criação de Sistema de Informação capaz de monitorar e controlar os comunicantes, conforme o Plano de Ação para Captação dos Contatos Faltosos de Pacientes com Hanseníase do Centro Especializado Dr. Germano Traple, que será executado no período dos anos de 2014 a 2017 (APÊNDICE 1).

5.2 Plano de implantação

Para implantação do plano de ação para captação dos comunicantes faltosos, primariamente o mesmo será apresentado à equipe, em seguida a Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.

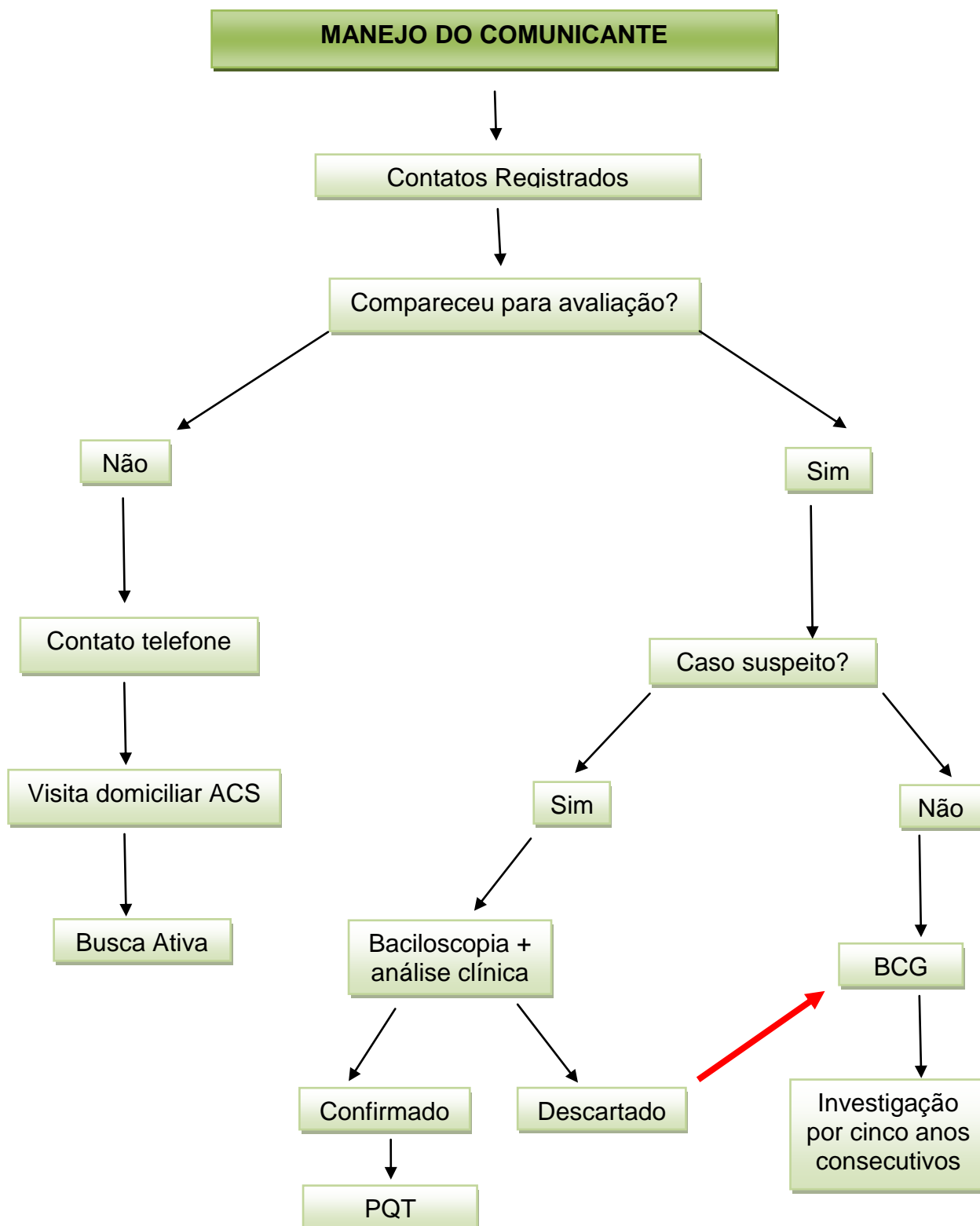
Para efetivação da implantação do plano é imprescindível a participação de seguimentos intersetoriais, quanto mais pessoas estiverem envolvidas nas ações, melhores serão as metas a serem alcançadas.

Tendo em vista que conforme distribuição de pacientes por Unidade de Saúde observa-se uma maior concentração de número de casos novos na região do Guarituba, serão intensificadas as ações de educação em saúde relacionadas a hanseníase, nessa região.

Os principais responsáveis pela implantação do plano serão os integrantes da equipe multiprofissional do Centro Especializado – enfermeira, fisioterapeuta, médico e terapeuta ocupacional. E para que os mesmos continuem a prestar assistência de qualidade, é essencial que passem por qualificação no Instituto Lauro de Souza Lima – Baurú – SP, tendo em vista que este é um serviço de referência nacional no tratamento e reabilitação em hanseníase.

O instrumento utilizado para avaliação será o preconizado pela SESA – PR (ANEXO 3). Os executores da avaliação dos comunicantes serão a equipe acima citada e demais profissionais habilitados das unidades básicas, e a investigação desses deverá ocorrer uma vez ao ano, por cinco anos consecutivos. Para isso auxiliaremos na criação de um Sistema de Informação que possibilite o segmento dessa investigação de maneira informatizada.

Para o acompanhamento efetivo e de qualidade dos contatos a serem examinados se adotará o fluxograma descrito abaixo, por todo profissional, seja da rede básica ou do centro especializado, após notificação do doente e registro dos mesmos.



FLUXOGRAMA 1 – MANEJO DO ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS REGISTRADOS DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM PIRAQUARA.
FONTE: O autor (2013)

O monitoramento das ações será semestral, por meio de comparativo entre a proporção do total de contatos registrados e avaliados, conforme índices fornecidos pela Vigilância Epidemiológica Municipal e SESA-PR.

5.3 Recursos

O recurso humano já constituído no Centro é suficiente para a execução das ações do plano referente às campanhas e educação continuada, em parceria com o MORHAN e VEM. Para o desenvolvimento do Sistema de Informação para o controle dos comunicantes, será necessário um Profissional da área de TI (Tecnologia de Informação) que caso o Recursos Humanos da Prefeitura Municipal já tenha disponível cederá ao Centro, senão deverá ser contratado serviço terceirizado.

Será necessária alimentação para os momentos de capacitação dos funcionários da atenção básica, que pode ser adquirido da empresa de alimentação já licitada pela Secretária Municipal de Saúde. Ainda, para a reprodução de impressos (folders, panfletos) utilizaremos o Setor de Comunicação Social da Prefeitura, que disponibiliza de recursos para a produção desses materiais. Necessitaremos de recursos financeiros para a qualificação da equipe no Instituto Lauro de Souza Lima, com recursos para deslocamento, hospedagem e alimentação, que pode ser utilizado do Fundo Municipal de Saúde, que prever gastos com tais ações.

Os exames dermatoneurológicos dos comunicantes serão realizados no próprio Centro e/ou nas unidades de saúde, já disponibilizamos dos impressos e estesiômetros necessários para tal avaliação, que será realizada pelos profissionais capacitados e da equipe do Centro. As infra-estruturas utilizadas para as capacitações poderão ser o Centro ou salas da igreja católica que fica próxima ao serviço.

5.4 Resultados esperados

Espera-se com a implantação do plano de captação dos comunicantes faltosos aumentar os índices dos avaliados para maior ou igual a 90%, no ano

epidemiológico de notificação, desde a criação do centro, ano de 2006, até a atualidade, com captação inicial dos contados registrados no ano de 2013.

Almejamos promover com as qualificações, capacitações e campanhas, a troca de conhecimento sobre a doença entre profissionais e comunidade. Acreditamos que o desenvolvimento dessas ações viabilize uma perspectiva de eliminação desse agravo no município.

O acompanhamento será por meio de comparativos dos indicadores epidemiológicos fornecidos pela VEM.

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Os principais riscos previstos estão relacionados: a falta de adesão por parte dos profissionais da atenção básica ao fluxo de Manejo do Comunicante e das demais ações; possibilidade de rotatividade dos recursos humanos; ausência ou realização de forma incorreta da alimentação do Sistema a ser criado para o controle dos comunicantes.

Para se evitar a ocorrência de tais riscos a principal medida é não impor a execução do plano e sim divulgá-lo minuciosamente aos colegas de forma a conscientizá-los sobre a importância do desenvolvimento e adesão do mesmo. Reforçar que o mesmo tem o propósito de auxiliá-los frente às dificuldades do manejo do comunicante.

Quanto à rotatividade de profissionais, espera-se que não haja transferência dos recursos humanos disponíveis no Centro, e que tenha concurso público para suprir as necessidades de recursos humanos nas unidades de saúde e com isso os profissionais estabeleçam vínculos com o município. E para o manuseio e alimentação eficaz do Sistema de Informação recomenda-se capacitação constante até que todos os responsáveis pela retroalimentação dos dados dominem a ferramenta.

6 CONCLUSÃO

A proposta de implantação desse projeto nos levou a refletir o quanto negligenciamos o acompanhamento de muitos de nossos comunicantes, até o momento. Porém, ao mesmo tempo em que assumimos esse fato, também identificamos uma gama de ações que torna possível mudar essa realidade, através da adoção de medidas bem planejadas, formuladas em um plano de ação.

Sabemos que a hanseníase ainda é um agravo de saúde pública no Brasil, sendo assim não podemos deixar de criar meios que possam levar a erradicação dessa doença, a qual interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Para tanto, uma das formas de alcançar o controle desse agravo é por meio da vigilância de seus contatos intradomiciliares, portanto a proporção entre contatos examinados e não examinados deve superar o índice já alcançado pelo Estado do Paraná, que é superior a 90%, no ano de 2012.

Portanto, o principal desafio do Centro Especializado é avaliar o máximo possível de comunicantes. Centramos nestes, porque ao se notificar um caso novo, apesar disso elevar nosso coeficiente de detecção anual, consideramos que o mesmo deixou de ser fonte de contaminação, ao iniciar o tratamento. Entretanto, já as fontes não identificadas, que na maioria das vezes estão nos domicílios dos notificados, continuam sendo risco de infecção até mesmo para pessoa tratada. Por isso é fundamental que os familiares passem por investigação epidemiológica. Para tanto, é primordial que se crie uma ferramenta que nos permita monitorar a ausência desses comunicantes para avaliação inicial ou subsequente.

Logo, a principal recomendação para continuidade desse projeto é a construção de um Sistema de Informação que possibilite a identificação exata de todos os contatos registrados sem avaliação, e em atraso para realização da mesma. O mesmo será uma das metas do plano de ação proposto, que visa elevar os índices de contatos examinados, e viabiliza a expectativa de eliminação dessa doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: Atividade de Controle e Manual de Procedimentos**. Elaboração: Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília, 2001. 178p.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Portaria nº **5, de 21 de fevereiro de 2006**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Páginas 66 a 70. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010: **Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 594 de 29 de outubro de 2010**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma como causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases. Plano de Ação: 2011 – 2015**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf. Acesso: 30/11/2013.

CASTRO, E.A. **O Leprosário São Roque e a Modernidade**: uma abordagem da hanseníase na perspectiva da relação espaço – tempo. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Geografia. Setor de Ciências da Terra. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005. Disponível em: http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/1878/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Elizabeth.pdf?sequence=1. Acesso em: 18/10/2013.

COSTA, V.H.MV *et al.* **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: Um Estudo Sobre a Avaliabilidade do Programa e das Suas Ações em Âmbito Estadual e Municipal**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.3, p. 450-467. jul./set. 2010.

CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2002.

GERALDI, J.; LOYOLA, J.M.; ROSAK, R.C. **O novo Guarituba, preservação dos mananciais e direito à moradia na região metropolitana de Curitiba**. Curitiba, 2002. Disponível em:

<http://www.arquitetura.ufc.br/professor/Clarissa%20Sampaio/2011-1%20PU-1/etapa%20202/artigos%20seminario%20APP/GT1-185-175-20070731000257.pdf>. Acesso em: 17/11/2013.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2 ed. reimp – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.

PAVAN, F.N. *et al.* **Conheça melhor a hanseníase**. In: Saúde em Ação. Tema especial: Hanseníase. Boletim Epidemiológico de Piraquara. Secretaria Municipal de Saúde. Ano III – nº 4. Janeiro/Fevereiro 2007.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo. **História**. Páginas 01 a 05. In: OPRMOLLA, Diltor Vladimir Araujo *et al.* Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

PIRAQUARA. Secretaria Municipal de Saúde. **Caracterização do Centro Especializado Dr Germano Traple**. Piraquara, 2013.

SANTOS, D.M.K.; MENDONÇA, L.; SERRA, V. **A “Casa do Primavera”**. In: Saúde em Ação. Tema especial: Hanseníase. Boletim Epidemiológico de Piraquara. Secretaria Municipal de Saúde. Ano III – nº 4. Janeiro/Fevereiro 2007.

SESA – PR. **Situação epidemiológica da Hanseníase no Estado do Paraná**. Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase/DVCEDE/DECA/SVS. LRA: Saúde em Ação. Curitiba, 2010.

_____. **Dados do Paraná**. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=683>. Acesso: 30/11/2013.

SILVA *et al.* **Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural**. Páginas 713 – 717. In: Revista Brasileira de Enfermagem [publicação da] Associação Brasileira de Enfermagem – Edição especial Hanseníase. Vol 61, Número especial, 2008.

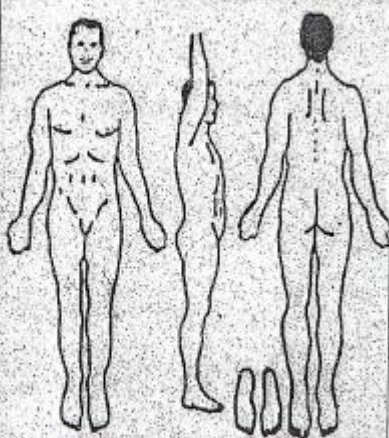
VIEIRA *et al.* **Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase**. Páginas 682 – 688. In: Revista Brasileira de Enfermagem [publicação da] Associação Brasileira de Enfermagem – Edição especial Hanseníase. Vol 61, Número especial, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENIASE							
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		HANSENIASE			
		Código (CID10)	3	Data da Notificação			
		A 3 0. 9					
	4	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código			
				7	Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	1 - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		1 - 1º trimestre 4 - Ictide gestacional/ Ignorado 9 - Ignorado	2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica	
	14	Escolaridade			13	Raça/Cor	
		0 - Avaliado 1 - 1ª a 4ª série Incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série Incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior Incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe			
Dados de Residência	17	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)		
						Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		
						27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso							
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação		
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas	34	Forma Clínica	35	Classificação Operacional	
			1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB	36	Nº de Nervos afetados
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38	Modo de Entrada				1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado	
	39	Modo de Detecção do Caso Novo				1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
Dados Lab.	40	Baciloscopia				1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	
	41	Data do Início do Tratamento	42	Esquema Terapêutico Inicial			
			1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
Méd. Contr.	43	Número de Contatos Registrados					
Observações adicionais:							
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007		

ANEXO 1 - VERSO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

Baciloscopia no diag. IP: ___ IM: ___ NR: ___		Nº troncos nervosos acometidos: _____							
Se tratamento substitutivo: _____ doses		Medicamentos: _____							
Sintomatologia atual Lesões cutâneas e sintomas neurais		LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES							
Agravos Associados: <input type="checkbox"/> Agrotóxico <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> HIV +/- AIDS <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Osteoporose									
Investigação epidemiológica									
Nome: _____		Parentesco: _____	Idade: _____						
			Resultado exame DN: _____						
Residências anteriores									
De / / a / /		Município: _____	Estado: _____						
De / / a / /		Município: _____	Estado: _____						
De / / a / /		Município: _____	Estado: _____						
Avaliação do grau de incapacidade física:									
Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D	Sinais e/ou sintomas	E	D
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
	Lagofalmo e/ou estrópio			Lesão trófica e/ou traumática			Lesão trófica e/ou traumática		
2	Triquiase			Garra de mão			Garra de artelho		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros			Mão caída			Pé caído		
							Contratura do tornozelo		
Grau de incapacidade física: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> não avaliado <input type="checkbox"/>									
Data: ____/____/____ <small>CERCI, atual. 06/2010</small>									

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

FONTE: Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (30/10/2007)

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Ocupação: _____ Sexo: M F Data Nasc. ____/____/____




Município _____ Unidade Federada _____

Classificação Operacional PB B Data início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						



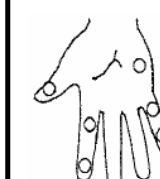
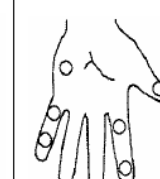
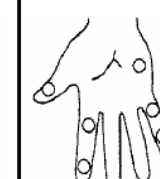
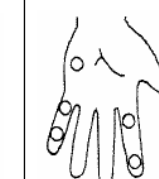
Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva



1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

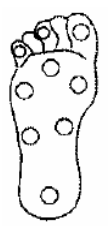

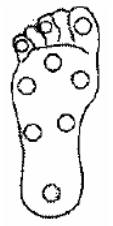


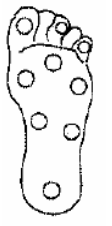
MEMBROS INFERIORES	1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F= Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5= Forte, 4= Resistência Parcial, 3= Movimento completo, 2= Movimento Parcial, 1= Contração, 0= Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Classificação do Grau de Incapacidade e Soma de Olhos Mão e Pés OMP (escore)

DATA DA AVALIAÇÃO	Grau de Incapacidade	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Total OMP	ASSINATURA
		D	E	D	E	D	E			
1ª ___/___/___	Grau									
	Soma OMP									
2ª ___/___/___	Grau									
	Soma OMP									
3ª ___/___/___	Grau									
	Soma OMP									

0 = para grau 0 1= para grau 1 2= para grau 2

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	Sem Resposta

FONTE: Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

ANEXO 3 – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS COMUNICANTES



COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE/DVCDE/DECA/SVS AVALIAÇÃO DEMATONEUROLÓGICA DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

Nome: _____ DN: ____/____/____
 Endereço: _____
 Comunicante de: _____
 Nº SINAN: _____ Queixa principal: _____
 Conhece alguém com o mesmo problema? _____ Desde quando? _____

Ao exame, observar:

Áreas ou manchas com alterações de sensibilidade	Sim () Não ()
Placas eritematosas com alterações de sensibilidade	Sim () Não ()
Nódulos ou caroços	Sim () Não ()
Cicatrizes tróficas (principalmente cotovelos e joelhos)	Sim () Não ()
Lóbulos das orelhas, infiltração nódulos	Sim () Não ()
Madarose ciliar ou superciliar (falha ou ausência de pelos dos cílios ou sobrancelhas)	Sim () Não ()
Lagoftalmo (não fecha os olhos)	Sim () Não ()
Septo nasal (lesão ou perfuração)	Sim () Não ()
Lesão na mucosa bucal (região do céu da boca)	Sim () Não ()
Nervos auriculares espessamento, dor à palpação (pescoço)	Sim () Não ()
Nervos radiais espessamento, dor à palpação (braço)	Sim () Não ()
Nervos ulnares espessamento, dor à palpação (cotovelo)	Sim () Não ()
Nervos medianos espessamento, dor à palpação (punho)	Sim () Não ()
Nervos fibulares espessamento, dor à palpação (joelho)	Sim () Não ()
Nervos tibiais posteriores espessamento, dor à palpação (tornozelo)	Sim () Não ()
Garra de mãos	Sim () Não ()
Garra de artelhos	Sim () Não ()
Mão caída	Sim () Não ()
Pé caído	Sim () Não ()
Sensibilidade palmar diminuída	Sim () Não ()
Sensibilidade plantar diminuída	Sim () Não ()
BCG	() nenhuma cicatriz () 01 cicatriz () 2 cicatrizes
Etilista	Sim () Não ()
Apresenta diabetes	Sim () Não ()
Tem ou teve contato com agrotóxico	Sim () Não ()

Formulário criado pela Equipe da SMS de Nova Laranjeiras no ano 1978 – 5ª RS.
 Atualizado pela Equipe do AMPDS – SMS de Guarapuava – 5ª RS.
 CEPCH/nov/2009.

SECRETARIA DA SAÚDE
 CEPCH/DVCDE/DECA/SVS
 Rua Piquiri, 370 Curitiba-Paraná CEP 80230 140
 Fone (41) 3330-4551 ou 3330-4577

FONTE: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (novembro/2009)

APÊNDICE 1 - PLANO DE AÇÃO PARA CAPTAÇÃO DOS CONTATOS FALTOSOS DE PACIENTES COM HANSENIASE DO CENTRO ESPECIALIZADO DR. GERMANO TRAPLE



PREFEITURA DE
PIRAQUARA
Secretaria de Saúde

PLANO DE AÇÃO PARA CAPTAÇÃO DOS CONTATOS FALTOSOS DE PACIENTES COM HANSENIASE DO CENTRO ESPECIALIZADO DR. GERMANO TRAPLE

Devido necessidade urgente de captação de comunicantes faltosos elaborou-se o seguinte plano de ação para ser executado no período de 2014-2015:

PLANO DE AÇÃO PARA CAPTAÇÃO DE COMUNICANTES FALTOSOS					
OBJETIVO	METAS	AÇÕES	RECURSOS	RESPONSÁVEL	AValiação
Elevar os índices de avaliação dos contatos intradomiciliares dos pacientes de hanseníase igual ou maior que 90%	1- Qualificar os profissionais do Centro, até o primeiro semestre de 2014.	- Qualificação em hanseníase dos profissionais enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Instituto Lauro de Souza Lima – Baurú – SP.	- Recursos financeiros para estadia, deslocamento e alimentação dos profissionais, por cinco dias.	- Secretária Municipal de Saúde	- Número dos profissionais qualificados
	2- Capacitação de 100% dos Agentes Comunitários de Saúde, até o segundo semestre de 2014.	- Capacitação técnica sobre os principais sintomas da hanseníase e manejo dos contatos registrados - Conscientização sobre o entendimento da hanseníase como agravo de saúde pública no município e importância de eliminação da mesma. - Duração da capacitação, 16 horas;	- Recursos audiovisuais; - Recursos financeiros para compra de alimentação dos participantes da capacitação; - Financiamento para produção de material impresso.	- Equipe do Centro; - Secretaria Municipal de Saúde;	- Número de ACS capacitados; - Número de contatos encaminhados para avaliação pelos ACS.
	3- Capacitação de 80% dos profissionais de saúde da ABS, até o segundo semestre de 2014.	- Capacitação técnica sobre os principais sintomas da hanseníase e manejo dos contatos registrados; - Conscientização sobre o entendimento da hanseníase como agravo de saúde pública no município e importância de eliminação da mesma. - Orientações sobre as técnicas para avaliação dermatoneurológica do paciente e do contato. - Orientação sobre o fornecimento dos dados para a alimentação do	- Recursos audiovisuais; - Recursos financeiros para compra de alimentação dos participantes da capacitação; - Financiamento para produção de material impresso.	- Equipe do Centro; - Secretaria Municipal de Saúde;	Número de profissionais da ABS capacitados; - Análise dos números de contatos avaliados, pelos dados fornecidos pelos boletins semestrais da VEM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CENTRO ESPECIALIZADO DR. GERMANO TRAPLE
Rua : Targino da Silva, 52 – Jardim Primavera – Piraquara/PR. CEP: 83302-160 | Fone:(41) 3590-3742



PREFEITURA DE
PIRAQUARA

Secretaria de
Saúde

	sistema de controle e monitoração dos contatos, que será criado. - Duração de 16 horas;			
4- Realizar campanhas educativas e de identificação precoce da doença na região do Guantuba.	- Realização de campanhas nas três UBSs da região, com avaliação de pessoas com mancha na pele com falta de sensibilidade, nos segundos semestres dos anos de 2014, 2015.; - Conscientização da comunidade sobre a autoavaliação e diagnóstico precoce, nos segundos semestres dos anos de 2014, 2015. - Duração: 8 horas em cada UBS	- Financiamento para produção de material impresso.	- Equipe do Centro; - Secretaria Municipal de Saúde; - VEM; - MORHAN	- Números de pessoas investigadas.
5- Divulgar o serviço	- Produção de folders com divulgação do manejo dos comunicantes e principais sintomas da doença a comunidade em geral, no primeiro trimestre de 2014. - Distribuição dos folders no período de 2014 e 2015	- Financiamento do material impresso.	- Equipe do Centro - Secretaria Municipal de Saúde	- 100% da produção do folder concluído.
6- Produzir software para controlar e monitor os contatos	- Criação de software que permita-nos identificar o controle dos contatos e respectivo segmento de suas avaliações dematoneurológicas, conclusão até primeiro semestre de 2015. - Capacitação dos profissionais que ficarão responsáveis pela alimentação do sistema, após conclusão da produção do mesmo.	- Financiamento do suporte técnico do profissional da área de TI (Tecnologia de Informação) para criação e manutenção do sistema.	- Secretaria Municipal de Saúde; - Equipe do Centro	- Software produzido, instalado e em funcionamento; - Observação da elevação dos índices da proporção de contatos examinados a igual ou maior que 90%.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – CENTRO ESPECIALIZADO DR. GERMANO TRAPLE
Rua : Targino da Silva, 52 – Jardim Primavera – Piraquara/PR. CEP: 83302-160 | Fone:(41) 3590-3742

FONTE: O autor (2013)