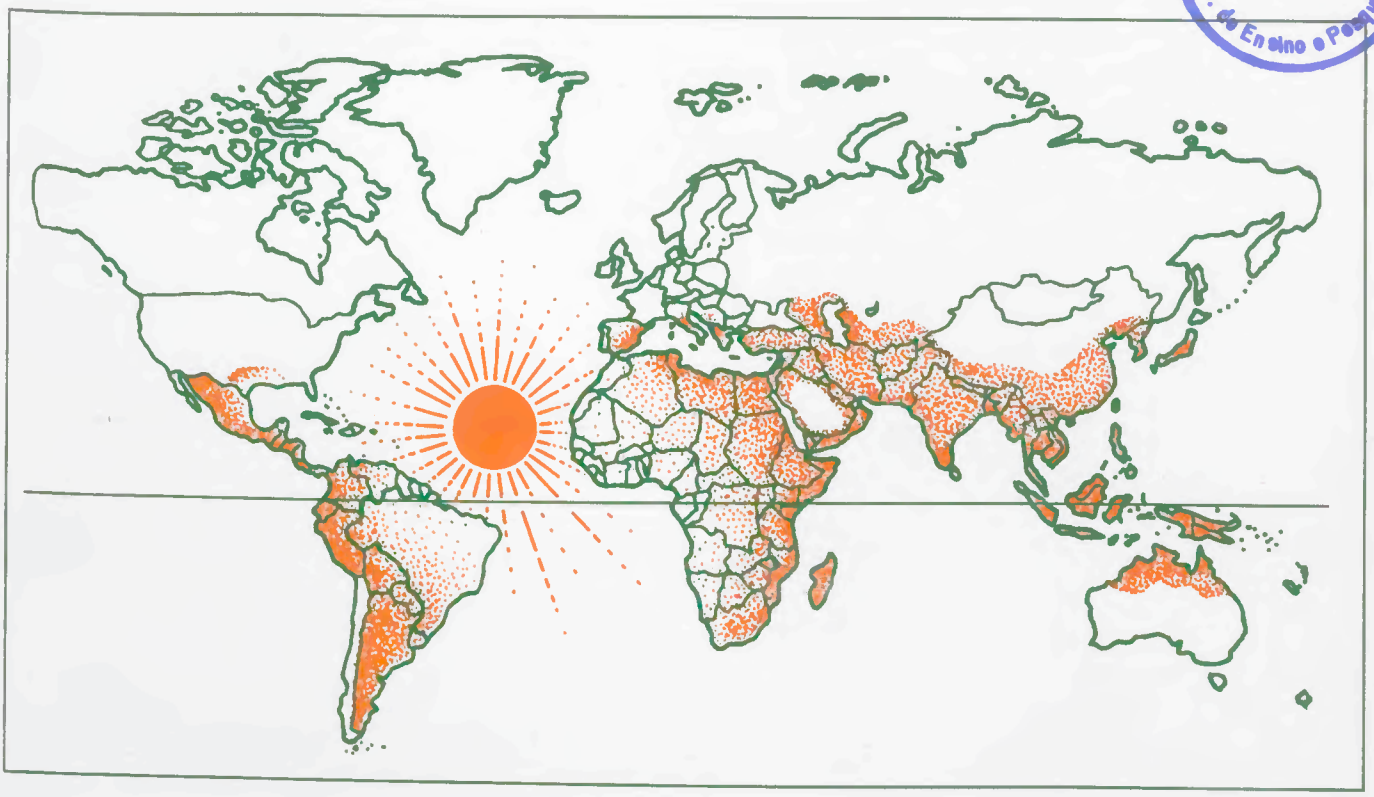
INST. LAURO DE SOUZA LIMA
SEÇÃO DE BIBLIOTECA
Div. de Ensino e Pesquisa



HANSENÍASE

Atividades de Controle

N° Ch. UC335.300.10
T5736 h
TOMBO 42237h

HANSENÍASE
ATIVIDADES DE CONTROLE

Brasília, 1997

© 1996. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, dede que citada a fonte

Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação -
COMED/ASPLAN/FNS
Gerência Técnica de Editoração.
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, sala 514
70058-902 - Brasília/DF

Distribuição e Informação
Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde. SAS - Setor de Autarquias Sul, Quadra 04, Bl. N, 6° Andar, Sala 625.
Telefones (061) 321.1040 - FAX (061) 224-0797
70058-902 - Brasília/DF.

Tiragem: 5.000 exemplares.
Impresso no Brasil/Printed in Brazil

ISBN: 85-7346-009-1

Hanseníase - Atividades de Controle / elaboração: Acácia de Lucena Rodrigues ... [et al] - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1997 .
168 p.: il.

1. Hanseníase. I. Rodrigues, Acácia de Lucena.

Sumário

Apresentação 5

Justificativa 7

Objetivos 7

Critérios a observar no treinamento 7

Metodologia 9

Critérios de seleção de monitor 10

Cronograma do treinamento 11

Parte I

Unidade I

Opções pedagógicas 13

Fundamentação 15

Opções pedagógicas 15

Parte II

Unidade I

O homem na sociedade 19

Unidade II

Do outro lado da fronteira 35

Anexos 45

Unidade III

Atividades de controle 53

Anexos 125

Unidade IV

Reconstrução 131

Anexos 149

Referência bibliografica 163

Equipe revisora e elaboradora 167

Apresentação

A utilização dos módulos I, II e III, a partir de 1987 para treinamento de pessoal sobre hanseníase, apresentou mediante observação empírica, os seguintes resultados:

- diminuição do estigma da lepra;
- democratização do saber científico;
- integração de técnicos de diversos níveis entre si e com representantes de movimentos sociais em ações de controle da hanseníase;
- valorização dos aspectos psico-sociais no tratamento;
- estímulo à atenção integral ao paciente;
- divulgação da Gerência Nacional de Dermatologia Sanitária;
- informação ampla acerca da organização de pacientes (MORHAN).

Com adoção em 1986, da Poliquimioterapia (PQT) como esquema oficial e o estabelecimento, 1991, da meta de controle e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2.000, novos desafios se impõem.

Destaca-se, sobremaneira, a continuidade de investimento em recursos humanos visando o desenvolvimento de uma massa crítica no país e atenção integral ao paciente de hanseníase dentro do processo de descentralização das ações de saúde da rede de serviços.

Com base na meta estabelecida, realizou-se em novembro de 1992, a avaliação independente do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, e o grupo encarregado de Recursos Humanos (RH), após a análise dos dados disponíveis, considerou ser indispensável a reestruturação dos módulos I, II e III para fins de, tão somente, conferir-lhes melhores condições de operacionalidade, uma vez que, em termos de conteúdo programático e didático, foram considerados satisfatórios.

Assim, surge esta proposta que se constitui na revisão dos instrumentos antes produzidos.

Constata-se que o objetivo inicial de reestruturá-los foi superado pelo processo de reordenamento do material. Na medida em que se pensou em juntar os conteúdos biológicos à educação em saúde e, ainda, com a discussão sobre estigma, impôs-se-nos a postura de redirecionar o material antes elaborado. Colocou-se como fundamento básico a reafirmação de que a Educação em Saúde perpassa por entre os conteúdos e jamais será eficaz se escrita em separado. Ela é inerente a todo o processo de aprendizagem. Do mesmo modo, o estigma se coloca no ser humano como sentimento e, portanto, prescinde de tempo marcado para acabar.

O novo instrumento, validado na prática dos serviços em Minas Gerais, Santa Catarina, Ceará, esta sendo colocado a disposição das U.F. para preparação dos profissionais de saúde na expansão do esquema de poliquimioterapia, somando ao esforço da nação de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Considerando:

- a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2.000;
- a necessidade de implementar nas ações de controle de hanseníase uma prática profissional comprometida com os direitos da cidadania num dado contexto conjuntural;
- a rede de serviços básicos que prioriza a prática terapêutica medicamentosa em detrimento do atendimento integral ao indivíduo;
- as ações educativas que são compreendidas e/ou praticadas de forma isolada e desarticulada das demais ações de controle da hanseníase;
- a existência de atividades educativas centradas na transmissão de informações, normas, repasse de conhecimentos e prescrições médicas;

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária da Fundação Nacional de Saúde/MS, propõe a realização de treinamentos para capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS, visando a discussão e a reflexão sobre as questões referentes à educação em saúde, o estigma e as ações necessárias para o controle da hanseníase.

Objetivos

Geral:

- Preparar profissionais do SUS para desenvolver atenção integral no controle da hanseníase segundo as normas do programa.

Específicos:

- rever, e promover troca de conhecimentos;
- implantar as linhas básicas para atenção integral no controle da hanseníase;
- capacitar os profissionais de saúde nas atividades de controle da hanseníase.

Critérios a observar no treinamento

- formar grupos com profissionais de várias áreas do conhecimento, para maior enriquecimento;
- preservar o trabalho coletivo;
- trabalhar com grupos, de no máximo 10 participantes por monitor, para facilitar a reflexão e a troca de experiência;
- resguardar o teor da metodologia participativa;
- garantir na discussão dos textos o aprofundamento da reflexão da prática cotidiana de cada participante;
- garantir que as técnicas utilizadas sejam coerentes com o referencial teórico e com a metodologia adotada;
- adotar o processo de avaliação qualitativa em todos os momentos, de forma aberta, garantindo que o seu resultado seja produto da discussão coletiva;
- buscar entender a educação como uma ação permanente e continuada, inerente a todo profissional.

Fase Pré-Treinamento

- Seleção de participantes.
- Organização do local e materiais necessários.
- Escolha de monitores.

Fase do Treinamento

- Os trabalhos serão desenvolvidos em grupos, de forma que todos possam participar com suas experiências, propiciando assim, condições para reflexão e propostas, que posteriormente serão rediscutidas no seu local de trabalho.
- Possibilitar o preparo de agentes multiplicadores.
- Conhecer os determinantes sociais e indicadores epidemiológicos e operacionais que permitam identificar sua realidade e colaborar na definição de proposta para transformá-la.
- Habilitar os profissionais de saúde a executarem as ações de controle de hanseníase, tais como: detecção de caso, vigilância dos contatos, tratamento específico, prevenção, tratamento de incapacidades físicas, educação em saúde e observância dos aspectos sociais.
- Os monitores, como membros dos grupos, atuarão como estimuladores dessa reflexão, remetendo o grupo às questões centrais, sempre levando em consideração as necessidades do grupo levantadas no dia e surgidas no decorrer do treinamento. Se necessário, podem ser consultados para esclarecimentos, profissionais e especialistas das áreas temáticas.
- Os grupos devem ser compostos de pessoas de áreas de conhecimento diferentes, para maior enriquecimento da discussão.
- Haverá momentos de discussão em grupo e plenárias.
- Os monitores deverão se reunir diariamente para avaliação dos trabalhos do dia e as reformulações que se fizerem necessárias.
- Diariamente, antes de iniciarem as atividades, os participantes devem reunir-se em único grupo e realizar exercícios físicos com fundo musical, com o objetivo de criar maior integração, criando um clima de confiança e afeto entre todos os participantes.

É condição básica que o monitor tenha passado previamente pelo processo de capacitação e se enquadre no perfil a ser definido no item "Critérios de Seleção de Monitor".

O monitor deve ter domínio do conteúdo do material e trabalhar criativamente, com base em vivências, as questões nele abordadas, de forma a desempenhar papel de facilitador e estimulador do grupo.

Entende-se por facilitador aquele que permite ao conjunto dos treinandos expressar opiniões, conhecimentos e sentimentos livremente.

Entende-se por estimulador o elemento que:

- valoriza cada componente do grupo, incentivando os questionamentos;
- auxilia na construção do conhecimento, problematizando através de situações o conteúdo técnico que deve ser abordado;
- propicia condições para o desempenho consciente e satisfatório de habilidades inerentes às atividades a serem desenvolvidas no programa.

O monitor é parte integrante do grupo, capacita-se a cada reprodução do treinamento, através da reflexão de sua própria vivência e exercício de seu papel de facilitador e estimulador.

Fase Pós - Treinamento

- Assessoria técnica aos treinandos nos seus locais de trabalho.
- Acompanhamento e avaliação.

Critérios de Seleção de Monitor

Esses critérios deverão ser discutidos no grupo e adaptados a cada situação, sem contudo interferir negativamente na qualidade de futuros treinamentos.

- Capacitação técnica - experiência na área e/ou possibilidade de intensificação em algumas atividades para atingir essa capacitação.
- Visão de mundo - compreensão dos fatores sociais, psicológicos e culturais que envolvem a hanseníase.
- Desempenho satisfatório como estimulador e facilitador.
- Relação harmoniosa em grupo.
- Disponibilidade para participar de treinamento.
- Presença integral no treinamento.

Acompanha o módulo um guia do monitor que consiste em sugestões de caráter metodológico para reflexão do monitor sobre o conteúdo do módulo, formas de estimulação dos treinandos, além de textos anexos para aprofundamento dos assuntos.

Esse guia foi concebido para auxiliar os monitores nas primeiras aproximações com o objeto, não devendo ser utilizado como instrumento limitador da ação criativa do monitor e do grupo. As atividades de grupo podem ser acrescidas de outros recursos, (teatro,filmes etc), desde que sejam preservados os princípios metodológicos.

CRONOGRAMA
TREINAMENTO
ATIVIDADES DE CONTROLE EM HANSENÍASE

HORÁRIO	SEGUNDA-FEIRA 1º DIA	TERÇA-FEIRA 2º DIA	QUARTA-FEIRA 3º DIA	QUINTA-FEIRA 4º DIA	SEXTA-FEIRA 5º DIA
8:00 as 11:00	UNIDADE I	PRÁTICA RODÍZIO EM TODOS OS SETORES	PRÁTICA SETORIZADA	PRÁTICA SETORIZADA	PRÁTICA SETORIZADA
11:00 as 12:00		Avalição diária da prática e da execução das atividades			

12:00 AS 14:00 - Almoço

HORÁRIO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
14:00 as 16:00	UNIDADE II	UNIDADE III	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES
16:00 as 18:00	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES	SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES	UNIDADE IV	AVALIAÇÃO

PARTE I
UNIDADE I
OPÇÕES PEDAGÓGICAS

A proposta de nortear as ações de saúde dentro de um contexto educativo fundamenta-se nas seguintes concepções:

- A história é construída por homens e mulheres enquanto sujeitos situados no aqui e agora, capazes de transformar a sua realidade a partir de uma reflexão crítica, de exercerem pressões, representarem ou verbalizarem suas idéias e expressões culturais.
- A ação educativa é entendida como um processo dinâmico, permanente, capaz de desenvolver nestes sujeitos a consciência crítica e de despertar a prontidão para atuarem no sentido da transformação ao analisarem a realidade social.
- Os sujeitos deste processo ao buscarem compreender esta realidade e ao transformá-la desenvolvem uma prática compartilhada, participativa, coletiva.
- A ação educativa como prática social é coletiva, democrática, bidirecional, horizontal e não se esgota na relação interpessoal.

Com base nesta compreensão torna-se necessário uma reflexão inicial sobre as opções pedagógicas.

Ler e discutir o texto abaixo.

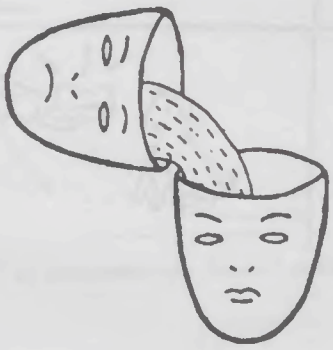
A discussão do texto deve ser feita destacando aspectos que abram espaços e desencadeiem em reflexões em cima da prática de cada um. A todo momento buscar exemplos da prática.

Opções Pedagógicas (*)

Todos os processos educativos, assim como os métodos e meios de ensino-apredizagem, baseiam-se em uma determinada pedagogia, ou seja, na concepção de como conseguir que as pessoas aprendam e modifiquem o seu comportamento. Esta pedagogia, por sua vez, fundamenta-se em uma determinada teoria do conhecimento.

As opções pedagógicas adotadas por um determinado país são influenciadas pela ideologia de classe ou classes dominantes. Assim, cada opção pedagógica, quando se exerce de maneira dominante durante um período prolongado, tem consequências sobre a conduta individual e sobre o comportamento da sociedade. Embora existam numerosas opções pedagógicas, destacaremos três: a pedagogia da transmissão, a pedagogia do condicionamento e a pedagogia da problematização.

A pedagogia da transmissão parte da premissa de que idéias e conhecimentos são os principais fatores da educação e, portanto, a experiência fundamental que o aluno vivencia é a de receber informações. Esta pedagogia, chamada por Paulo Freire de 'educação bancária', pode ser assim representada:



(*) J. D. Bordenave - Opções Pedagógicas, In: Ação participativa: capacitação de pessoal. Brasilia - Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982. P. 12-16

Consequências possíveis desta pedagogia

Ao nível individual

- Elevada absorção de informação.
- Hábito de tomar notas e memorizar.
- Passividade do aluno e falta de atitude crítica.
- Profundo respeito às fontes de informações, sejam elas o professor ou os livros.
- Distância entre a teoria e a prática.
- Preferência pelas especulações teóricas.
- Desconhecimento da realidade.

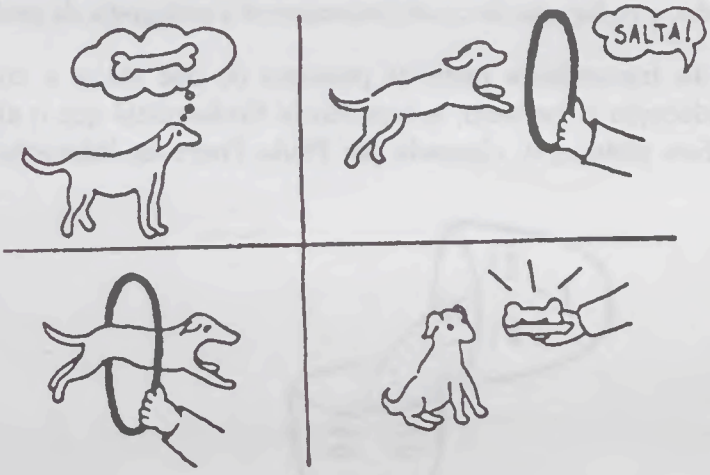
Ao nível social

- Adoção de informação científica e tecnológica de países desenvolvidos.
- Adoção indiscriminada de modelos de pensamentos elaborados em outras regiões.
- Individualismo e falta de cooperação e participação.
- Manutenção da divisão em classes sociais.

A **pedagogia do condicionamento** não considera a transmissão de idéias e conhecimentos como fator importante do processo educativo. Sua ênfase recai nos resultados comportamentais, nas manifestações empíricas e operacionais da mudança de conhecimentos, atitudes e destrezas.

O processo ocorre a partir da elaboração de objetivos instrucionais quantitativamente mensuráveis, para serem aplicados em uma sequência de pequenos passos. O reforço ou recompensa será dado à medida que as respostas coincidirem com a resposta esperada. Mediante a repetição da associação estímulo-resposta-reforço, o aprendiz é condicionado a dar respostas desejadas sem necessidade de um reforço contínuo.

Muito da chamada tecnologia educacional moderna utiliza a pedagogia condutiva, começando pela instrução programada e terminado pelo enfoque mais amplo do ensino para a competência ou o domínio. O método dos módulos pode ser incluído nesta pedagogia se os instrutores que o elaboram colocam mais ênfase na obtenção de objetivos pré-estabeleciedos do que no desenvolvimento integral do aluno como pessoa individual ou social.



Consequências possíveis desta Pedagogia

Ao nível individual

- Aluno ativo, emitindo respostas que o sistema propõe e permite.
- Alta eficiência de aprendizagem dos dados e processos.
- O aluno não questiona e não participa da seleção dos objetivos e dos métodos e não questiona os conteúdos do programa.
- O aluno não problematiza a realidade e não lhe solicitam uma análise crítica da mesma.
- Tendência à competitividade, pois o aluno mais rápido ganha status e tem acesso a materiais ulteriores.
- Eliminação da criatividade e originalidade, pois as respostas corretas são pré-estabelecidas.

Ao nível social

- Tendência à robotização da população, com maior ênfase na produtividade e eficiência.
- Dependência de fonte externa para o estabelecimento de objetivos, métodos e reforços, criando a necessidade de um líder.
- Falta de desenvolvimento da consciência crítica e cooperação.

A partir desta lista de consequências pode-se inferir que a utilização exclusiva desta pedagogia reforça a dependência mental, tecnológica, política e sócio-econômica das pessoas, impedindo-as de desenvolverem a consciência crítica da problematização de sua realidade.

A **pedagogia da problematização** parte do princípio de que, num mundo de mudanças rápidas e profundas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fiéis ao esperado, senão o aumento da capacidade do aluno para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa. A experiência que deve ser valorizada é a observação grupal da própria realidade. O diálogo e a participação na ação transformadora das condições de vida.

O diagrama abaixo, denominado por Chaves Maguerez de 'o método do arco', ajudará na representação desta pedagogia.

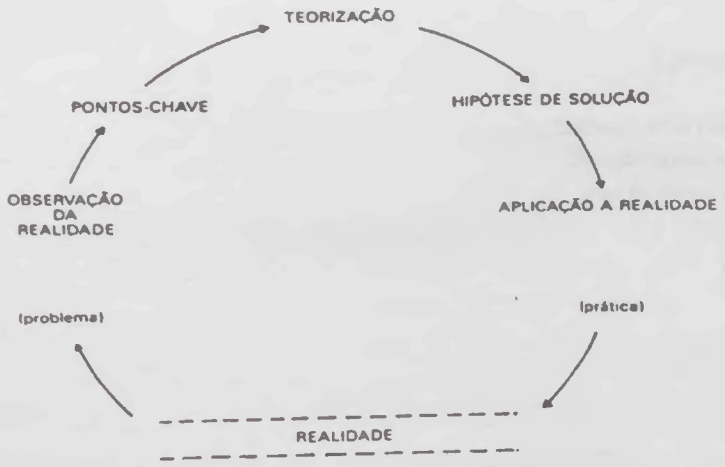


Figura 3 — O esquema do arco e a educação problematizadora

Conforme o proposto no diagrama, o processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo às pessoas expressarem suas percepções fazendo, assim, uma primeira leitura sincrética ou ingênua da realidade. Em um segundo momento, os alunos selecionam as informações e identificam os pontos-chaves do problema, levantando as variáveis que determinam a situação encontrada.

A etapa de teorização consiste no levantamento de questões sobre as causas do problema observado. Aqui é necessário recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliem o raciocínio das pessoas na compreensão do problema, não só em suas manifestações empíricas, mas nos princípios teóricos que o explicam.

Confrontada a realidade com a sua teorização, o indivíduo se vê, naturalmente, movido a formular hipóteses de solução para o problema em estudo. Esta etapa deve permitir ainda a comprovação da viabilidade das hipóteses através do confronto com a própria realidade.

Em última fase, o indivíduo compreende e pratica as soluções que o grupo considerou viáveis e aplicáveis à realidade, preparando-se para transformá-la.

Consequências possíveis desta pedagogia:

Ao nível individual

- Aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões.
- Aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte num reforço.
- Aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade.
- Desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão e extrapolação pelos demais membros do grupo.

Ao nível social

- População conhecedora da sua realidade, reagindo aos valores e imitação do que é de fora.
- Cooperação na busca de soluções a problemas comuns.
- Criação de tecnologia viáveis e culturalmente compatíveis com a realidade.
- Resistência à dominação.

PARTE II
UNIDADE I
O HOMEM NA SOCIEDADE

"É preciso fazer alguma coisa

Escrevo esta canção porque é preciso
Se não a escrevo, falho com o pacto
que tenho abertamente com a vida.
E é preciso fazer alguma coisa
para ajudar o homem,
Mas agora".
(Thiago de Mello)

I - Auto-Imagem

Atividade Individual

Questão 1

Elabore uma lista de 05 palavras ou expressões, como resposta à pergunta

Quem sou eu?

_____

_____

_____

Questão 2

Identifique cada componente do grupo com base nas características contidas na lista sorteada.

_____

_____

_____

Questão 3

Que contribuição esse exercício trouxe para a sua auto-percepção e a sua percepção do outro?

_____

_____

_____

Questão 4

Qual a sua percepção sobre:

a) a população atendida em seu local de trabalho?

_____

_____

_____

b) os componentes de sua equipe de saúde?

_____

_____

_____

"Todos parecemos propensos a identificar as pessoas com as características que para nós são importantes, ou que consideramos como de importância geral."

(Goffman; Estigma - p. 30)

Questão 5

Reflita livremente

(...) " . Onde queres família sou maluco
E onde queres romântico, burguês
Onde queres Leblon sou Pernambuco
E onde queres eunuco, garanhão
E onde queres o sim e o não, talvez
Onde vês eu não vislumbro razão
Onde queres o lobo eu sou irmão
E onde queres cowboy eu sou chinês
Ah! bruta flor do querer
Ah! bruta flor bruta flor
Onde queres o ato eu sou espírito
E onde queres ternura eu sou tesão
Onde queres o livre, decassílabo
e onde buscas o anjo sou mulher
Onde queres prazer sou o que dói
e onde queres tortura, mansidão
E onde queres um lar, revolução
E onde queres bandido sou herói"

(O quereres - Caetano Veloso)

Questão 6

Organize uma lista dos fatores envolvidos na autopercepção e na percepção do outro.

_____

_____

_____

"Seu olhar é meu olhar que me olha
Seu olhar me invade. Eu o temo e o admiro. Porque é o único que me permite enfrentar minhas coisas
Sinto-me forte quando o enfrento (...)"
(Integração - Marilza Ribeiro)

Na maioria das vezes, temos uma idéia formada sobre nós mesmos, ou seja, uma auto-imagem. Essa auto imagem é formada, através dos tempos, pela forma de organização da sociedade, pelas experiências de vida, pela consciência de nossos sentimentos, pela educação que recebemos, pela introjeção de valores...

Não é fácil nos percebermos como um todo, misto de "forças" e "fraquezas", sujeito a dúvidas e incertezas...

Se é difícil para nós, será mais fácil para os outros?

"Quando conheci a Leila, tive mesmo uma péssima impressão dela. Um jeito assim superior, de quem sabia de tudo, meio distante ...

Não foi preciso passar muito tempo para ver que não era nada daquilo. Tão gente, solidária na vida, compreendendo as falhas humanas, assumindo seus erros.

Leila é uma pessoa crescendo, desabrochando sempre ...

Mas que estranha é essa idéia de querer adivinhar a essência humana no primeiro olhar..."

(Conversa de duas amigas sobre uma terceira)

No âmbito das relações interpessoais, muitas vezes, passamos uma imagem que acreditamos não condizer com nossa forma de ser, principalmente num primeiro contato.

Erro de percepção do outro? Incoerência nossa?

Só conversando prá saber.

O importante, no entanto, é detectar até que ponto a incoerência dessa percepção, se existe, pode influenciar no nosso relacionamento com as outras pessoas e, para que isto aconteça, é imprescindível que estejamos disponíveis para ouvir, olhar, sentir ...

- Vida minha vida,
Olha o que é que fiz ...
(Vida - Chico Buarque)

" Por tanto amor, por tanta emoção
a vida me fez assim
Doce ou atroz, manso ou feroz
Eu, caçador de mim
(...)
Nada a fazer
Senão esquecer o medo
abrir o peito à força
numa procura
fugir as armadilhas da mata escura
longe se vai sonhando demais
mas onde se chega assim..."
(Caçador de mim - Sérgio Magrão e Luiz Carlos Sá)

Questão 7

Qual a correlação que existe entre o que você é hoje e o que planejou ser?

_____

_____

_____

Questão 8

O que é mais marcante na trajetória de vida dos indivíduos de sua área de atuação?

_____

_____

_____

Questão 9

Enumere as categorias utilizadas para classificar os indivíduos na nossa sociedade:

Leis, estatísticas, teorias ... Diversas são as formas de classificar os homens ... Em nossa sociedade, em função da sua estrutura, as relações interpessoais tendem a se organizar em função de categorias como sexo, cor idade, grau de instrução, nível sócio-econômico ... A valoração dada a essas categorias faz, muitas vezes, com que a pessoa deixe de ser vista como ser humano, repleto de sentimentos, anseios e fantasias ...

Tabela 1
Distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária
Brasil - 1990

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL
	HOMENS	%	MULHERES	%	
0 - 4 anos	8.128.002	51,0	7.860.106	49,0	15.988.108
5 - 9 anos	8.988.014	51,0	8.700.077	49,0	17.688.091
10 - 19 anos	16.027.252	50,3	15.868.690	49,7	31.895.942
20 - 49 anos	29.141.911	48,0	31.118.584	52,0	60.260.495
50 e + anos	10.086.830	47,0	11.385.148	53,0	21.471.978
TOTAL	72.372.009	100,0	74.932.605	100,0	

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimento. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios - Anuário Estatístico do Brasil - 1992
- Exclusive a população da zona rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Tabela 2
Distribuição da população alfabetizada segundo faixa etária
Brasil 1990

Faixa Etária	Condição de Alfabetização (1)				TOTAL
	Alfabetizada		Não Alfabetizada		
	Nº	%	Nº	%	
5 - 9 anos	7271065	41,11	10415278	58,89	17686343
10 - 19 anos	28044996	87,93	3850946	12,07	31895942
20 - 49 anos	51825876	86,00	8433741	14,00	60259617
50 e + anos	13579250	63,24	7892728	36,76	21471978

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Departamento de Emprego e Rendimento, Pesquisa Opcional por Amostra de Domicílios - Anuário Estatístico do Brasil - 1992
(1) Não inclui idade ignorada.
Exclusive as pessoas da zona rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Tabela 3
Rendimento médio nominal de todos os trabalhos das pessoas de 10 anos de idade ou mais, ocupadas, por grandes regiões, segundo o sexo e cor
1990

SEXO E COR	RENDIMENTO MÉDIO NOMINAL DE TODOS OS TRABALHOS DAS PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, OCUPADAS (Cr$)					
	Brasil (1)	Norte (2)	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste (3)
TOTAL (4)	24.956	31.133	13.601	30.976	23.753	29332
Branca	32212	42685	20813	37191	25636	39038
Preta	13295	19245	8751	15067	15591	14584
Parda	15308	27041	10921	18391	12746	20882
Homens (4)	29388	35906	15788	36741	28870	33102
Branca	38254	49164	24197	44073	31245	44861
Preta	15579	21783	10017	17962	18986	16446
Parda	17817	31426	12798	21625	15439	23301
Mulheres (4)	16924	22905	9453	20830	14737	21731
Branca	21508	32545	14873	24878	15890	28209
Preta	9682	15308	6467	10830	10825	10196
Parda	10498	19170	7219	12608	7359	15674

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Emprego e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Anuário Estatístico do Brasil - 1992
(1) Exclusive o rendimento das pessoas da zona rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. (2) Exclusive o rendimento das pessoas de Tocantins e da zona rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Para e Amapá. (3) Inclusive o rendimento das pessoas de Tocantins. (4) Inclusive o rendimento das pessoas de cor amarela sem declaração de cor.

" (...) Na rodoviária
assumem formas mil
Uns vendem fumo
Tem uns que viram Jesus
Muito sanfoneiro
Cego tocando blues
Uns tem saudade
e dançam maracatus
Uns atiram pedras
Outros passeiam nus
Mas há milhões desses seres
Que se disfarçam tão bem
Que ninguém pergunta
De onde essa gente vem
São jardineiros
Guardas-noturnos, casais
São passageiros
Bombeiros e babás
Já nem se lembram
Que existe um brejo da cruz
Que eram crianças
E que comiam luz
São faxineiros,

balançam nas construções
São bilheteiras
Baleiros e garçons (...)"
(Brejo da Cruz - Chico Buarque de Holanda)

Questão 10

Quais os determinantes da sua forma de inserção e dos demais indivíduos na sociedade?

_____

_____

_____

- Diferença entre os homens

"Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade".

(Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988, art. 5º, cap. I - Título II - Direitos e Garantias Fundamentais)

Cartaz num edifício da Zona Sul do RJ
"Solicita-se que os empregados utilizem apenas o elevador de serviço."

JB Classificados

"Precisa-se de secretária com boa aparência, idade até 30 anos. Enviar foto e currículo para a redação do jornal".

"O branco inventou que o negro
Quando não suja na entrada
Suja na saída
. . .
Que mentira danada,
Na verdade a mão escrava
Passava a vida limpando
O que o branco sujava"
(A mão da limpeza-Gilberto Gil)

Questão 11

a) Correlacione os princípios do artigo citado da Constituição Brasileira com a prática de costumes da nossa sociedade:

_____

_____

_____

"...Quando o indivíduo possui alguma diferença que constitua uma dificuldade para a sua aceitação integral na sociedade, dizemos que esse indivíduo é portador de um "estigma".

O termo, de origem grega, designava sinais corporais evidenciando alguma alteração marcante no aspecto físico de uma pessoa e, por extensão, tudo "aquilo que marca ou assinala." Abrangia, no sentido figurado, o "status" moral, em caráter negativo, significando marca infame, vergonhosa.

Atualmente, o termo é amplamente usado, embora seja mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal.

Tendemos a acreditar que alguém com um estigma não seja um ser humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida..."

(Estigma - Goffman)

Questão 12

Enumere os atributos considerados estigmatizantes pela população da área onde você atua:

_____

_____

_____

"Nós não existe, mas é composto de Eu e Tu
É uma fronteira sempre móvel
onde duas pessoas se encontram
E quando há encontro, então eu me transformo
E você também se transforma"
(Frederick S. Perls)

Questão 13

Comente a citação acima:

_____

_____

_____

Questão 14

Quais as dificuldades que um indivíduo discriminado enfrenta para estabelecer relações consigo mesmo e com a sociedade?

_____

_____

_____

"...Nos contatos sociais, quando o indivíduo é portador de um estigma que não é visível, ele manipula a informação sobre o seu estigma. Decide exibí-lo ou ocultá-lo ou não contá-lo, revelá-lo ou escondê-lo, mentir ou não mentir e, em cada caso, para quem, como, quando e onde.

Já no caso do indivíduo "visivelmente" estigmatizado, a situação é diferente, ele se expõe e manipula a tensão gerada durante estes encontros. Diante do que vimos até agora, podemos sugerir que esse indivíduo terá motivos especiais para sentir que as situações sociais, na maioria das vezes, constituem uma integração angustiante. Isso dá margem para suspeitarmos que as pessoas consideradas normais, também podem considerar esses contatos iniciais como situações angustiantes."
(Estigma - Goffman)

Questão 15

Baseado em vivências, relate fatos que expressem atitudes de indivíduos estigmatizados.

_____

_____

_____

O indivíduo portador de alguma característica que o faz estigmatizado pela sociedade, desenvolve alguns mecanismos para lidar melhor com essa situação, buscando, dessa maneira, a aceitação do outro.

Analise os exemplos a seguir e identifique seus determinantes

a) O indivíduo estigmatizado pode tentar corrigir diretamente, o que considera a base objetiva do seu defeito, como, por exemplo, quando uma pessoa fisicamente deformada se submete à uma cirurgia plástica, uma pessoa cega a um tratamento ocular ou um homossexual à psicoterapia;

b) O indivíduo estigmatizado pode, também, tentar corrigir a sua condição de maneira indireta, dedicando um grande esforço individual ao domínio de áreas de atividades, consideradas, geralmente, como fechadas, por motivos físicos e circunstanciais, as pessoas com o seu defeito. Podemos citar o exemplo do aleijado que aprende, ou reaprende a nadar, montar, jogar tênis, ou do cego que se torna perito em esquiar ou escalar montanhas.

c) O estigmatizado pode utilizar seu estigma para ganhos secundários, como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões:

"Durante anos, a cicatriz, o lábio leporino ou o nariz disforme foram considerados como uma desvantagem (...) Essa desvantagem era o "cabide" no qual o indivíduo pendurava todas as insuficiências, todas as insatisfações, todas as protelações e todas as obrigações desagradáveis da vida social, esquivando-se das relações e de maiores responsabilidades sociais.

Quando esse fator é removido por cirurgia, o indivíduo perde a proteção emocional mais ou menos aceitável que a ele se oferecia e logo descobre, para sua surpresa e inquietação, que a vida não é fácil de ser levada, mesmo pelas pessoas que têm rostos "comuns".

(Estigma - Goffman - pag. 20)

d) o estigmatizado pode, também, ver as privações que sofreu como uma benção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas.

"Desde que fiquei surda, tenho aprendido muito com o sofrimento meu e dos outros. Nos dias em que eu estava mais deprimida, sempre me lembrava de olhar para trás. Tanta fome no mundo,

tanta gente aleijada, dependendo em tudo dos outros ... Aí eu via que não tinha tanto motivo assim prá me revoltar com a vida.

Então, eu tinha outra dimensão do meu sofrimento. Quanta coisa eu podia perceber que antes não percebia".

(Depoimento de Economista - Brasília/1986)

e) De maneira semelhante, a pessoa estigmatizada pode vir a reafirmar as limitações dos normais:

"Tanto as mentes quanto os corpos saudáveis podem estar aleijados. O fato de que pessoas "normais"possam andar, ver e ouvir não significa que elas estejam vendo ou ouvindo. Elas podem estar completamente cegas para as coisas que estragam sua felicidade, totalmente surdas aos apelos de bondade de outras pessoas; quando penso nelas não me sinto mais aleijado ou incapacitado que elas."

(Estigma - Goffman - pag. 21)

f) O estigmatizado, ao enfrentar uma situação social, pode responder, antecipadamente, através de uma capa defensiva:

"Quando comecei a andar sozinha nas ruas de nossa cidade, descobri que toda vez que passava por três ou quatro crianças juntas na calçada elas gritavam para mim ... Por algum tempo esses encontros na rua me encheram com um frio pavor de crianças desconhecidas...

Um dia, subitamente, descobri que eu tinha tanta consciência de mim e tanto medo de todas as crianças desconhecidas que, como os animais, elas sabiam disso, de modo que a mais meiga e amável era levada ao escárnio por meu próprio retraimento e medo."

(Estigma - Goffman - pag. 26)

g) Em vez de se retrair, o indivíduo estigmatizado pode tentar aproximar-se nos contatos sociais, com agressividade, o que pode provocar nos outros uma série de respostas desagradáveis. Algumas vezes, entretanto, seu comportamento pode vacilar entre o retraimento e a agressividade.

Questão 16

Relacione os tipos de comportamentos descritos, com valores impregnados em nossa sociedade:

_____

_____

_____

Questão 17

Cite os tipos de estigma que, em sua área de atuação, levam os indivíduos a obtenção de privilégios:

_____

_____

_____

"Somos todos iguais
braços dados ou não"
(Geraldo Vandré)

"O estigma pode ser considerado como algo que pertence, fundamentalmente, à vida pública, ao contato entre estranhos ou simples conhecidos, e não ao contato familiar."

(Estigma - Goffman)

Questão 18

Comente a afirmação acima:

_____

_____

_____

Questão 19

Identifique as reações adotadas, frente a estigmatizados, nos depoimentos:

Depoimento de um criminoso profissional sobre o comentário de uma assistente social:

a) "Sabe, é realmente impressionante que você leia livros como este, estou surpresa. Pensei que você lesse revista em quadrinhos, coisas com capas sensacionalistas, livros, assim.

E aí está você com Manuel Bandeira, Jorge Amado e Simone de Beauvoir.

Ela não achava que esta observação fosse um insulto: na verdade, acho que ela pensava que estava sendo honesta ao me dizer o quanto estava enganada. E é exatamente esse tipo de condescendência que se recebe de pessoas honestas quando se é um criminoso: 'Imagine só', dizem elas.

'Em certos aspectos você é igual a um ser humano!'
Não estou brincando, me dá vontade de acabar com elas."

(Texto adaptado, Estigma, Goffman, pag. 24)

_____

_____

_____

b) "Quando eu namorava minha esposa, tinha um vizinho, perto de sua casa, que era leproso. (...) Era rico, tinha terra e vaca com leite. Morava lá sozinho, a mulher e os filhos largaram dele. Ficava lá com suas plantaçõezinhas (...) Ninguém ia na casa dele. Eu era muito amigo do filho dele, um moço estudado, de 22 anos, que trabalhava em São Paulo. De vez em quando ele ia lá, mas só dava uma entradinha na casa do pai, só para saber como ele ia passando e saía. Não falava nada prá gente a respeito disso, nem gostava que se tocasse no assunto".

(Depoimento extraído da Tese: A lepra - Uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização. D. Gandra Júnior).

_____

_____

_____

c) "(...) Depois que fiquei cega, visitei a Casa da Luz e um assistente social encarregou-se de mostrar o lugar (...) visitamos a sala de recreação onde, em ocasiões festivas, os cegos dançavam, as quadras de jogos (...), as enormes oficinas onde trabalhavam para a subsistência fazendo panos de chão e escovas, tapetes ou empalhando cadeiras (...) Esperavam que eu integrasse essse mundo, que desistisse de minha profissão e ganhasse a vida fazendo panos de chão (...) Meu destino era passar o resto de minha vida fazendo panos de chão com outras pessoas cegas, comendo com outras pessoas cegas e dançando com outros cegos."

(Texto modificado de Estigma, pag. 46/47)

---

d) "Fora daqui (da prisão em que eu estou atualmente) me vi em apuros. Sabe como é, a polícia vê uma garota com olho roxo e imagina que ela está, provavelmente, na "vida". O próximo passo é seguí-la. Aí, então, talvez "cana de novo."

(Depoimento modificado - Estigma, pag. 55)

---

e) "Tenho uma vizinha que é leprosa, ela diz que já foi e sarou, mas eu não acredito e não tenho amizade com ela."

(Entrevista com J.F.S. - Gandra Junior, vide op. cite)

"As reações emocionais diante de um indivíduo portador de um estigma podem manifestar-se em condutas de afastamento. Tal conduta diz respeito à mudança imediata na situação de contato, diminuindo a proximidade ou determinado uma rejeição do contato.

A intensidade das condutas de afastamento apresentam uma característica comum: qualquer que seja a intensidade, o afastamento implica um rompimento, variando segundo a maior ou menor certeza de identificação do indivíduo estigmatizado.

Dificuldades no relacionamento podem vir a ser observadas tanto nas relações mais íntimas do estigmatizado com a família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, como nas relações sociais mais distanciadas. Essas dificuldades assumem características diversas, influenciadas, por vezes, pela forma de reação do mesmo, bem como em função da maior ou menor solidariedade que se deve a esse indivíduo.

Podemos avaliar a conduta de afastamento em 3 níveis:

1. *O Evitamento - esquivar-se ao contato com qualquer elemento portador do estigma. No evitamento o indivíduo manifesta um afastamento não declarado.*

2. *A Discriminação - conduta, através da qual, a sociedade se afasta do doente, ou dos indivíduos portadores de um estigma, negando-lhes igualdade de trato. Implica, para o discriminado, na*

impossibilidade de interação social em níveis comuns a outros indivíduos, como implica, igualmente, em barreira à participação.

3. *A Segregação - atitude de afastamento onde está implícita a discriminação. Implica no estabelecimento de limites espaciais, que produzem um isolamento espacial para o grupo ou indivíduo segregado.*

Mesmo quando a sociedade deixa de impor o isolamento de uma maneira formal, a população pode continuar impondo limites espaciais definidos, não só ao portador da doença, mas até aqueles que convivem mais intimamente."

(Goffman - Estigma)

Questão 20

Identifique nos depoimentos anteriores aqueles que caracterizam:

a) Evitamento

_____

_____

_____

b) Discriminação

_____

_____

_____

c) Segregação

_____

_____

_____

"Sou uma menina de 12 anos que é excluida de toda atividade social porque meu pai é um ex-presidiário. Tento ser amável e simpática com todo mundo mas não adianta. Minhas colegas de escola disseram que suas mães não querem que elas andem comigo pois isso não seria bom para suas reputações. Os jornais fizeram publicidade negativa de meu pai e apesar de ele ter cumprido sua pena ninguém esquecerá do fato."

(Estigma, Goffman, pag. 38/40)

Os problemas enfrentados por uma pessoa estigmatizada espalham-se e podem ser compartilhados pelos indivíduos com os quais ele convive mais intimamente.

Assim, a mulher do paciente mental, o pai do hanseniano, o amigo do cego, a família do torturador de alguma forma adquirem algum grau de estigma.

Estar com alguém estigmatizado, é chegar em sua companhia a uma reunião, caminhar com ele na rua, fazer parte de sua mesa em um restaurante e assim por diante.

Questão 21

Comente o ditado popular: "Diz-me com quem andas e direi quem és."

_____

_____

_____

"Apesar de você
Amanhã há de ser outro dia..."
(Chico Buarque de Holanda)

Questão 22

Quais as estratégias utilizadas pelos indivíduos estigmatizados, na sua área de atuação, para melhor viverem na sociedade?

_____

_____

_____

A fim de melhor conviverem com essas formas de reação da sociedade, os indivíduos estigmatizados tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais. Esse desejo de união é característico nos ex-pacientes mentais, nos deficientes físicos, nos obesos, nos ex-viciados. Formam-se associações nacionais como Alcoólatras Anônimos (AA), o Movimento de Reintegração dos Hansenianos (MORHAN), os Vigilantes do Peso, as redes de ajuda mútua formada por ex-presidiários, os grupos formados por homossexuais.

De certa forma, é como se, pelo fato de pertencerem a um grupo, os indivíduos pudessem ter uma probabilidade cada vez maior de entrar em contato com qualquer outro membro do grupo e com outros grupos sociais.[1]

Questão 23

Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na sua área de atuação, com os grupos estigmatizados?

_____

_____

_____

Os técnicos, como funcionários da instituição pública, têm o papel definido pelo próprio papel que cabe à instituição pública desempenhar em relação à população. A função do técnico é, pois, uma função intermediadora entre a instituição e a população.
(João Bosco Pinto - Ação educativa através de um método participativo no setor saúde In: Ação participativa metodologia: Brasília, Centro de Documentação, 1982. pag. 15 a 19)

---

[1]Alguns grupos se organizam de forma que seus membros apenas entram em contato com indivíduos da mesma categoria (grupos fechados, guetos...).Outros buscam uma forma de agrupamento que sirva como uma representação pública, rompendo o círculo fechado de seus iguais.

"Nenhum encontro nosso será igual
cada um deles nos revelará belezas diferentes, sabedorias,
e até nossas tristezas guardadas.
Todavia sempre estaremos tentando aceitar nossos mundos (...)"
(Interpretação - Marilza Ribeiro)

Questão 24

Sintetize os principais aspectos abordados nessa unidade.

PARTE II
UNIDADE II
"DO OUTRO LADO DA FRONTEIRA"

"A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa.
Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país."
(A doença como Metáfora - Susan Sontag)

Trabalhe em grupo as atividades seguintes

"Sabe, eu não faço fé
nessa minha loucura
e digo
eu não gosto de quem me arruina em pedaços
... e eu não mereço um beijo partido"
(Beijo partido - Toninho Horta)

O adolescente, o negro de pele clara, o imigrante de segunda geração, a pessoa em situação de mobilidade social, a mulher que entrou numa posição predominantemente masculina, tem incerteza quanto ao seu "status", e a insegurança prevalece sobre uma ampla gama de interações sociais. É exatamente essa a posição do portador de tuberculose, hanseníase, câncer, paralisia por poliomielite, o doente mental ...

(Texto modificado do Estigma - Goffmam - pag. 23)

Questão 25

Comente o texto acima

_____

_____

_____

_____

Questão 26

O que significa para você saúde e doença?

_____

_____

_____

_____

_____

A experiência pessoal de cada um, mais as informações que circulam dentro da sociedade modelada por valores, estruturam a imagem de saúde e doença, podendo constituir-se, em uma nova auto-imagem dos indivíduos.

Questão 27

Faça uma correlação entre a auto-imagem dos indivíduos e seu estado de saúde ou doença:

_____

_____

_____

_____

_____

O desejo de conhecer a essência da saúde e da doença vem de muito longe, das mais remotas eras pré-históricas e acompanha sempre, o itinerário do pensamento, até chegar aos nossos dias. Trata-se, assim, de um velho problema, tão antigo como a própria humanidade e que tem sido

encarado diferentemente, seja em razão da evolução da sociedade, seja em função do estágio dos conhecimentos técnicos sobre o assunto.

Questão 28

Qual é o conceito de saúde e doença predominante na população de sua área de atuação?

_____

_____

_____

_____

_____

"Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa, tudo sempre passará
A vida segue em ondas como o mar
No indo e vindo infinito
Tudo que se vê não é igual ao que a
gente viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo no mundo"
(Sobre as ondas - Lulu Santos)

Saúde ... " *é mais do que eu sei*
É mais que eu sonhava!..."
(Tim Maia)

"Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não se caracteriza unicamente pela ausência de doença ou enfermidade."
(definição da OMS - Organização Mundial de Saúde)

Questão 29

Reflita sobre o conceito acima - Compare com os textos abaixo:

"Problemas ligados a saneamento, alimentação, habitação, produção, escolarização e condições de trabalho constituem grandes dificuldades e só poderão encontrar soluções efetivas a partir de decisões políticas e com integração de esforços de outros setores da sociedade. O setor saúde não pode, sozinho, melhorar a qualidade de vida das pessoas. Mas ele deve contribuir para que os problemas possam ser compreendidos além de suas manifestações individuais e imediatas, conduzindo a busca de soluções dentro de um universo mais amplo de opções. Discutir com as pessoas, as famílias, as populações, a história natural real das doenças que mais a afligem, considerando na relação causa-efeito ***todas as variáveis*** *que interferem na* ***situação saúde*** *é função importante do setor, fortemente ligada à área de educação em saúde."*

(Geysa de Freitas Mendonça - Educação e saúde, um processo participativo. In. Ação Participativa, avaliação de experiências. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde - 1982. p. 12 a 16.)

"Art. 2° A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1° O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no

estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único - dizem respeito também a saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar, físico, mental e social."

(Lei orgânica da Saúde - MS, 2º edição - 1991)

Discutir o papel do Estado na Saúde. (Consultar se necessário, os textos do anexo 1 pag. 47 a 56).

Questão 30

Como os indivíduos que você atende tomam consciência do seu estado de saúde e doença?

_____

_____

_____

_____

_____

Na sociedade capitalista, as pessoas são consideradas doentes não tanto em virtude de um diagnóstico médico, mas em função de sua incapacidade de desempenhar os seus papéis habituais. De acordo com Herzlich (1969), "a doença é encarada simultaneamente como realidade orgânica e como comportamento, mas da análise das experiências feitas, resulta que não é o orgânico que serve de critério. É ao nível do comportamento que a doença toma sua forma decisiva ... a doença começa quando, num dado estado orgânico, um indivíduo se comporta como doente e, inversamente, o indivíduo que no mesmo estado orgânico não se comporta como tal, continuará são. Desta forma, a doença parece poder ser recusada."

Para entender em que condições o indivíduo assume ou não as condições de doente é preciso atentar para as conseqüências sociais de tal decisão.

Questão 31

Que fatores interferem na percepção de saúde e doença dos indivíduos?

_____

_____

_____

_____

_____

Questão 32

a) quais as doenças em sua comunidade que, quando assumidas pelos indivíduos, os excluem do convívio social?

b) Como os indivíduos doentes vivenciam essa situação?

Práticas de cura

"Fiz chá de losna, hortelã
Fiz emplasto
Fiz compressa, cataplasma
Mas nada adiantou"
(Mal de amor - João Bosco)

Somente na medida em que se estabelece uma situação-problema é que o indivíduo se percebe doente. Enquanto for possível "ir levando", enquanto "dores e mal-estares" não desorganizam a atividade, a doença não obriga o indivíduo a maiores atenções.

Questão 33

Comente o texto abaixo:

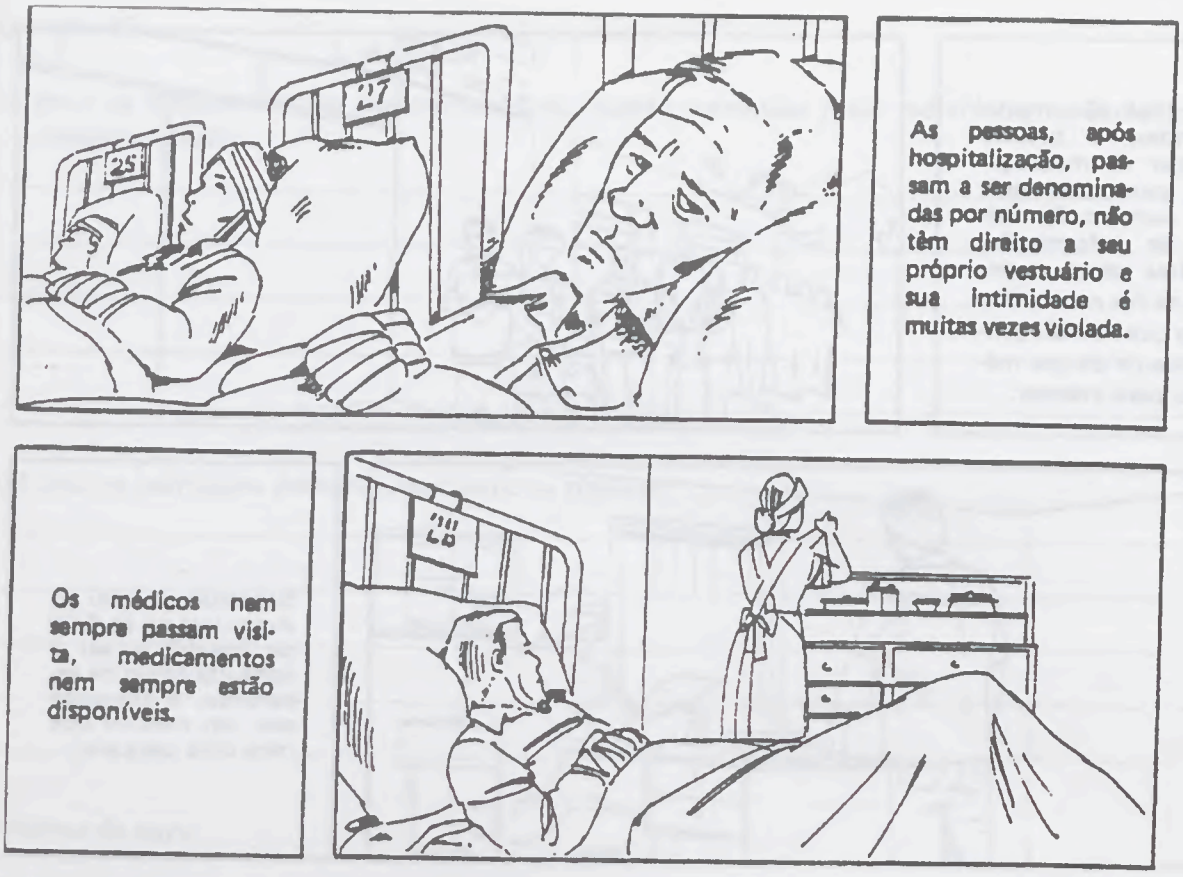
"O modelo que orienta a observação médica - a ordem e o tipo de perguntas que o médico faz não consegue incorporar em sua lógica à situação-problema que a inatividade acarreta."

As filas são muito grandes, é preciso chegar de madrugada para conseguir um número. Por falta de informação, muitas vezes se entra na fila errada. Parece que há mais gente doente do que médico para atender.

Sebastião chegou ao Ambulatório às 6:00 da manhã e vai à consulta cheio de esperança. É atendido por um médico que nem olha para ele.

Os médicos passam remédios que as pessoas não sabem como tomar e só se detém com mais atenção quando o paciente tem sintomas de doença grave. Fora isso, o que importa é diminuir a fila pra sair mais cedo.

A pressa e a má vontade por parte dos profissionais de saúde fazem com que os indivíduos se sintam humilhados e esqueçam de perguntar o que queriam quando chegaram ao Serviço de Saúde.



Questão 34

Cite as caracteristicas da relação serviço de saúde X usuário na sua área de atuação.

_____

_____

_____

_____

Questão 35

Identifique determinantes dessas situações:

_____

_____

_____

_____

(consultar texto do anexo 2, pag. 50 a 51)

Questão 36

Construa um Quadro sobre Doença tratadas por médicos e por práticas populares de cura.

Doenças tratadas por médicos	Doenças tratadas por práticas populares de cura

"Já dissemos que, em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validez e importância. Não pode, pois, ser confudido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num proceso educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa de seus interesses."

(João Bosco Pinto - A ação educativa através de um método participativo no Setor Saúde. In: ação participativa, metodologia. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982. p. 15 a 19.

Questão 37

Sintetize os principais aspectos envolvidos na problemática de Saúde e Doença

UNIDADE II
ANEXOS

ANEXO 1

Questão nº 29, pag. 38

O PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE*

" A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".
(Art. 196 da Constituição)

No campo da saúde, o dever do Estado pode ser encontrado no dispositivo da relevância pública, incluído no artigo 197, que atribui ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

Essa atribuição completa-se com a norma de direção única em cada esfera de governo, na qual se afirma o princípio da descentralização, incluindo o conjunto das prerrogativas e dos deveres e obrigações estatais em saúde.

As competências decorrentes da relevância pública envolvem o exercício de um poder regulador, regulamentador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público. A expressão "responsabilidade sanitária", mesmo não presente diretamente nos textos legais, exprime de maneira inquestionável as competências estatais previstas na Carta Magna.

As novas responsabilidades colocadas pelo artigo 200 da Constituição são detalhadas no texto da Lei nº 8.080/90, com a redefinição das competências das esferas de governo, tendo como eixo central a descentralização, compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social.

Com base no exposto, a reforma administrativa do Ministério da Saúde objetiva:

- aumentar a qualidade das ações estatais - em termos de eficácia, eficiência, coordenação e integração;
- democratizar os organismos estatais através do aprofundamento da descentralização e ampliação da participação e controle social;
- capacitar os diferentes órgãos para uma ação decisiva na produção de ciência e tecnologia e na formação de recursos humanos;
- aumentar a visibilidade e o peso político do setor saúde no conjunto das políticas governamentais.

A concepção ampliada da saúde - conforme as orientações emanadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde - requer a reinserção da saúde no interior das políticas públicas, definindo claramente e de forma operacional os mecanismos de sua articulação com as demais políticas (especialmente com as demais políticas sociais).

A localização da saúde no interior da Seguridade Social definida constitucionalmente exige que sejam tomadas medidas específicas que superem os problemas atuais de financiamento, gestão e coordenação com as áreas de Previdência e Assistência.

A compreensão da área de saúde como eminentemente de ações de relevância pública remete à previsão da concepção do público como dimensionado a partir da garantia da igualdade no acesso aos bens e serviços e do efetivo exercício do controle social.

Com estes critérios, a reformulação atual deve visar restituir o caráter público aos órgãos estatais e garantir que os mesmos princípios regulem e controlem o setor privado que atua no campo da saúde.

A reorganização do Estado na saúde busca:

- recuperação da sua capacidade de regulação;
- implementação do modelo de atenção definido;
- inserção estratégica na produção de ciência e tecnologia; e
- formação qualificada de recursos humanos.

Ao lado destes objetivos nacionais devem ser acrescentados aqueles que decorrem das transformações na distribuição do poder em nível mundial, que acarretam tanto o aglutinamento dos Estados em escala regional quanto a criação de organismos decisórios supranacionais.

Trata-se, portanto, de equipar o Estado para, neste novo contexto, ser capaz de inserir em tais instâncias os interesses nacionais, bem como enfrentar a nova realidade de rompimento das fronteiras.

Funções na área da saúde

Da análise dos dispositivos legais pode-se estabelecer, em termos gerais, que:

- **à esfera federal** cabe as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais; planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito; apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; cooperação técnica e financeira a Estados e Municípios; regulação das relações entre órgãos públicos-privados; regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; regulação dos padrões éticos de pesquisa; regulação e registro de processos e produtos; coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; articulação intersetorial na esfera; produção de insumos básicos; controle de qualidade; prestação de assistência em situações especiais; relações internacionais; transitoriedade de algumas funções de execução direta - que através da Lei nº 8080/90 são atribuídas ao Ministério da Saúde - e incorporação futura de novas atribuições não previstas nas bases legais do SUS. Visando garantir a continuidade da prestação de serviços no período de transição, o Ministério da Saúde deverá manter atividades executivas em nível local, até que se efetive o processo de descentralização.

- **à esfera estadual** cabe a formulação da política estadual de saúde; a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços; a formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a Municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.

- **à esfera municipal** cabe a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local e o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltados aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive a educação para a saúde e os processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

In: Documento Básico GERAS - Ministério da Saúde, 1993. pag. 7 a 9.

ANEXO 2

Questão 35 - pag. 42

1 - O Novo Modelo Assistencial

A perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial, conforme preconiza a Constituição Federal e as Leis 8.080 e 8.142, necessariamente deverão passar por uma transformação profunda na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS e conseqüentemente, pela efetiva descentralização do sistema com comando único em cada esfera de governo.

O conceito de unicidade do sistema de saúde, preconizado na legislação, não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. A interpretação equivocada de unicidade como mesma forma de organização deve ser rejeitada.

A expressão Único, de que falam a Constituição e a Lei 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universidade, a eqüidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional a descentralização e o controle social.

O modelo assistencial, portanto, será construído através de:

- controle social, através dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área de saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual;
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviço que envolvam riscos à saúde;
- participação complementar dos serviços privados;
- controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede;
- ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde;
- ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;
- incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

Tal Sistema Único tem como objeto a saúde; não aquela definida simplesmente pela ausência de doença, com seus desdobramentos hospitalocêntrico e medicocêntrico e subordinação à oferta de serviços. Mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e que envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas interrelações.

Este será o salto de qualidade conceitual que se objetiva e que deve apontar na direção de novas práticas que produzam o reordenamento do sistema.

A Constituição de 1988 reconheceu que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (ambiente, habitação, saneamento, etc), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, alimentação, educação, etc) e a oportunidade de acesso a serviços e ações que configurem a integralidade da assistência, do que decorre que o dever do Estado de prover o pleno gozo deste direito não se esgota na organização setorial. Antes, a saúde deve se constituir em objetivo do conjunto da ação estatal, em todas as esferas de governo.

2 - Controle Social

A existência de um efetivo controle social sobre a ação governamental, em todos os níveis, é requisito essencial à adequada implementação da proposta de construção do Sistema Único de Saúde. Entendido o controle social como exercício da cidadania, o cumprimento desse requisito transcende a ação estatal e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos segmentos sociais. Implica, porém, na existência, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios.

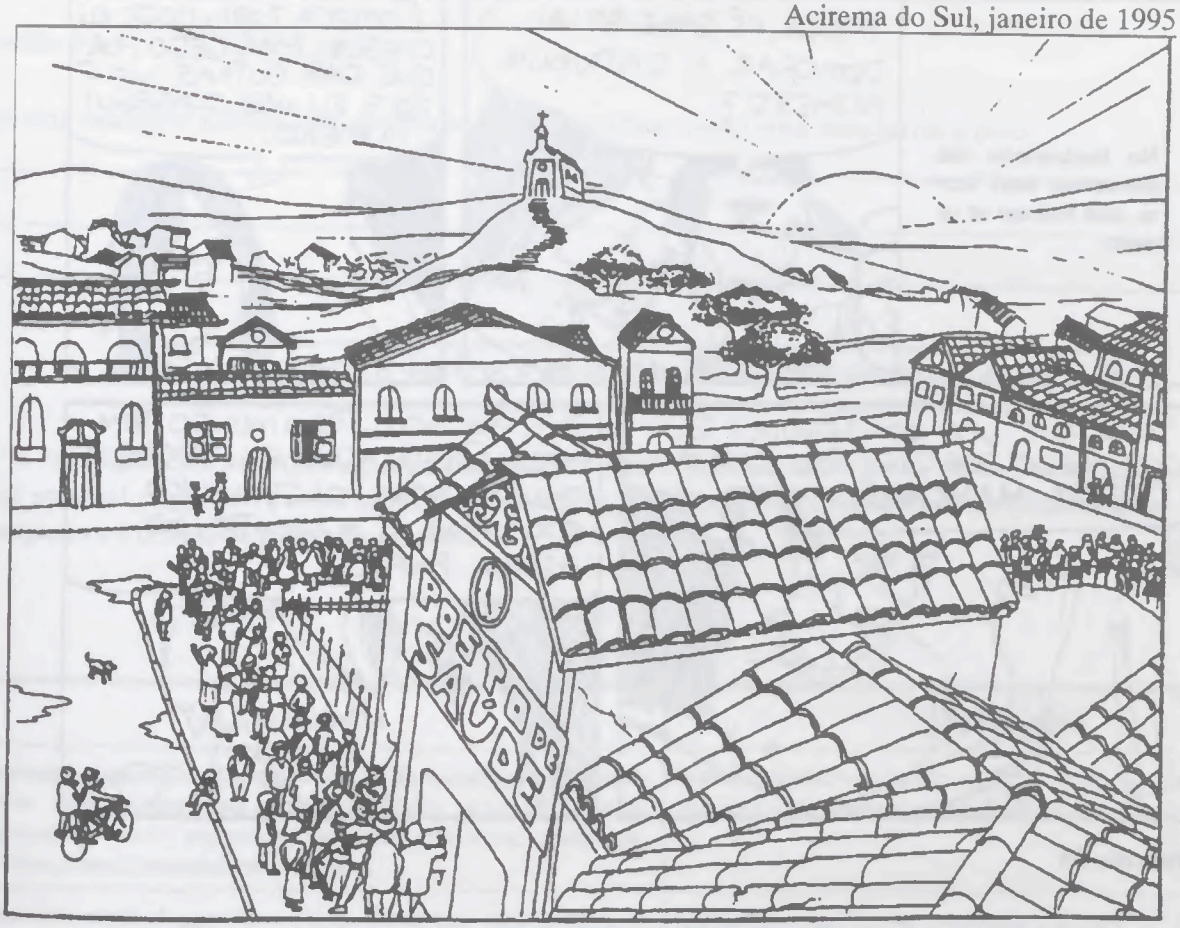
A legislação que ordena a implantação do SUS estabelece a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde como mecanismos privilegiados para o atendimento desse requisito.

A proposta da descentralização In: Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Ministério da Saúde - Brasília - 1993 - pg. 12 e 13.

PARTE II
UNIDADE III
ATIVIDADES DE CONTROLE

"Pele, pétala calma
Pele, parte mais clara da alma
Que o mistério se desvele
E outra vez mistério seja
Sobre tua pele"
(Pele - Caetano Veloso)

Acirema do Sul, janeiro de 1995



Sol nascendo, 5,00 h da manhã...

No posto de Saúde, 130 pessoas desempregadas enfrentam fila em busca da Carteira de Saúde, na esperança do amanhã...

"Olha que a vida é tão linda
e se perde em tristezas assim
(...) Eu vou levando pra quem me
ouvir
certezas e esperanças pra trocar
Por dores e tristezas que bem sei
um dia ainda vão findar
(...) Olha que vida!
Tão linda, perdida
Tão linda, tão linda"

(Porta Estandarte - Geraldo Vandré)

Questão 38

Na sua área de atuação, qual a atitude em relação as lesões na pele por parte:

a) da população

_____

_____

_____

_____

b) dos profissionais de saúde

_____

_____

_____

_____

Questão 39

Faça uma descrição sucinta, que permita ao grupo identificar como você caracteriza a pele:

_____

_____

_____

A superfície do corpo é envolvida por um órgão complexo, a pele.

A pele apresenta variações de aspectos devido a fatores raciais, individuais, sendo constituida por tecido epitelial, conjuntivo, vasos sanguíneos, linfáticos, nervos e suas terminações, glândulas sebáceas e sudoríparas e é dotada de múltiplas funções.

Quadro 1
Características da pele

Morfologia	Fisiologia
Coloração: depende da própria coloração da epiderme, quanto mais espessa menos transparente (mais amarelada), grau de irrigação sanguínea e cinco pigmentos primários (melanina, melanóide, oxihemoglobina, hemoglobina e caroteno).	Vasos sanguíneos: nutrição da pele, regulação térmica e hídrica e participação ativa nos fenômenos defensivos
Espessura: variável segundo a região anatômica, idade e sexo. O aumento da espessura provoca calosidades que se devem ao atrito (marcas profissionais) ou processos patológicos (ceratodermia, psoríase, leishmaniose, ...). A redução da espessura é menos frequente e mais comumente secundária à regressão de lesões (atrofias).	Glândulas sudoríparas: regulação térmica e hídrica; concorrem para a flexibilidade da pele, excreção de impurezas.
Sulcos e saliências: devem-se à disposição do tecido conjuntivo na derme. Podem ser visíveis em estados patológicos (neurodermite, liquenificação, eczema liquenificado)	Nervos e terminações: percepção de sensações de dor (inclusive queimações e pruridos), frio, calor e tato (inclusive pressão).
Dobras: encontram-se principalmente no tegumento inframamário, interglúteos, axilares, inguino-crurais, interdigitais, tornando-se pronunciadas pelo desenvolvimento do tecido adiposo. Podem ser sede de dermatose (intertrigo e micoses)	Outros elementos: no tegumento cutâneo encontram-se linfócitos e macrófagos que participam das respostas às infecções crônicas (tuberculose, hanseníase,...) e os infiltrados polimorfonucleares que são encontrados nos processos agudos (estados reacionais na hanseníase).
Orifícios: encontram-se em toda a superfície da pele, correspondendo a abertura de folículos pilosos, glândulas sudoríparas e sebáceas. Podem sofrer infecções (foliculite, periporite) ou se dilatar com aumento da produção das glândulas sebáceas (dermatite seborréica)	A pele permite verificar a sensibilidade do organismo a agentes animados e inanimados, daí a utilização de provas cutâneas como as reações de: Mantoux ou PPD (tuberculose), Montenegro (leishmaniose), Mitsuda (hanseníase) ... e outras realizadas nas afecções alérgicas (asma, urticária, dermatite atópica e de contato...).

"Como decifrar pictogramas de há dez mil anos
Se não sei decifrar
Minha escrita interior"
(O outro - Carlos Drumond de Andrade)

Retire todos os objetos de cima da mesa, deixando apenas lápis e caneta. Destaque esta folha, coloque-a à sua frente e aguarde instruções do monitor.

"O que somos? Antes de mais nada, somos o nosso corpo, dos cabelos às unhas dos pés, dos pensamentos aos ossos. E aí está o nosso ser, que pode estender-se e se contrai, estabelecendo as mais diversas relações com o mundo exterior e consigo mesmo"

Trabalhe em grupo

Questão 40

Interprete as representações do grupo a respeito de um portador de Hanseníase

_____

_____

_____

Questão 41

Reflita sobre os depoimentos abaixo:

Entrevistado:

"Cheio de manchas, todo cheio de manchas, todo manchado, preto, vermelho de toda cor. Os leprosos antigamente não tinham nariz, tendo no lugar um esparadrapo."

(Depoimento de professora - BH/ extraido de A lepra, Uma introdução ao Fenômeno social da Estigmatização D. Gandra Junior)

_____

_____

_____

Usando, no máximo, três palavras, responda:

Questão 42

Qual foi a sua reação ao primeiro contato com um indivíduo portador da Hanseníase?

_____

_____

_____

"Sentir tudo de todas as maneiras,
viver tudo de todos os lados,
ser a mesma coisa de todos os modos possíveis
ao mesmo tempo.
Realizar em si toda a humanidade de todos os momentos
Num só momento difuso, profuso, completo e longínquo."
(Fernando Pessoa)

Questão 43

a) Enumere as palavras que expressam as reações mais frequentes do grupo:

b) Compare com os depoimentos abaixo:

Entrevistado:

"Eu fiquei sabendo que o moço que eu comprava frutas na feira era leproso. Eu não sei o que eu senti, eu tinha vontade de jogar fora as frutas, chegar em casa e tomar banho, lavar as mãos com álcool e tirar aquela roupa. Eu sei que ele percebeu, depois eu fiquei com muita pena do moço."

(Depoimento de Secretária Executiva - RJ 1986)

Entrevistado:

"Há pouco descobrimos que a irmã da nossa empregada, que está conosco há 10 anos ficou leprosa. Foi aquele choque, todos ficamos passados, e a empregada teve que ir embora lá de casa. Foi um transtorno tão grande que estamos traumatizados até hoje."

(H.C.C - 21 a, professora primária, extraído de A lepra, uma introdução ao Fenômeno da Estigmatização - D. Gandra Junior)

Questão 44

a) Descreva, resumidamente, para o grupo, alguns fatos ilustrativos da atitude da comunidade, na qual você trabalha, em relação aos indivíduos portadores de hanseníase:

b) Repita a atividade acima, considerando o grupo social em que você está inserido:

Questão 45

Quais os possíveis determinantes na questão anterior?

"Nada que sobrevive, que ainda está vivo, pode ser tratado com indiferença."
(Bernard Berenson)

"Bárbara, todo mês, faça chuva ou faça sol, caminha até o Centro de Saúde para ser atendida na Clínica Médica, devido a hipertensão arterial e manchas no corpo".

"Não se deve atribuir negligência ao fato de uma pessoa não procurar os serviços de saúde ao perceber pela primeira vez uma mancha em qualquer região do corpo. É possível que lhe tenham dito que deveria ir, mas na maioria das vezes ela não sabe porque, caso haja avisos nos postos de saúde, ela não sabe ler. Certamente ninguém, à sua volta, a encoraja a ir, porque todos sabem o mesmo ou menos que ela.

Geralmente o dia de trabalho da maioria da população começa às 5:00h e só termina às 21:00h ou 22:00h. Ir até o Posto de Saúde significa arranjar alguém para fazer o trabalho doméstico ou perder um dia inteiro de trabalho na fábrica, no campo ..."

Questão 46

a) Qual a assistência prestada aos portadores de dermatoses nos diversos setores de seu local de trabalho?

_____

_____

_____

Questão 47

a) Que dermatoses são mais freqüentes na população de sua área de atuação?

_____

_____

_____

b) Descreva as lesões a seguir:

Slide Nº	Localização	Coloração	Forma, Contorno e dimensões	Números	Limites
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Ivone, auxiliar de enfermagem, há alguns meses vem observando Bárbara e hoje, após ler seu prontuário, resolveu encaminhá-la ao setor de dermatologia sanitária, com suspeita de hanseníase.

Anamnese

O atendimento de Bárbara foi feito no mesmo dia no setor de Dermatologia Sanitária.

"Bárbara, Bárbara
nunca é tarde, nunca é demais
onde estou, onde estás (...)"

(Bárbara - Chico Buarque de Holanda)

Questão 48

Analise o prontuário de Bárbara encaminhado pelo setor de clínica médica

PRONTUÁRIO Nº 747	SETOR: Clínica	MUNICÍPIO: Ac. do Sul
1.– Identificação: Nome: Bárbara da Silva Data de nascimento: 29/03/52 Sexo: fem. Ocupação: Costureira Residência: Rua Souza Teles – Acirema do Sul Nome do pai: Antonio da silva Nome da mãe: Georgina Mendes da Silva		
Sintomas e sinais: PA: 160 x 100		
Diagnóstico, exames e tratamento: HA:		
Médico responsável:		DATA:

As investigações para a obtenção de um diagnóstico devem conter a identificação e história clínica, de forma clara e legível para sua utilização por qualquer membro da equipe de saúde

1. Identificação: Começa por ela a observação clínica do paciente. Os seus dados além de prioritários para fins estatísticos, dão subsídios ao diagnóstico:	**2. História Clínica:** Tem por objetivo apurar:
a) Idade: há afecções próprias ou exclusivas de certas idades **b) Sexo:** predominância de algumas patologias em um ou outro sexo - repercussões que a doença pode trazer para o pleno desempenho sexual. **c) Cor:** predileção por certas raças também é característica em certas dermatoses. **d) Ocupação:** a natureza das tarefas executadas e a exposição a certas substâncias favorece, ou ainda, representam fator principal no desencadeamento de certas dermatoses. - pode contribuir para danos físicos secundários à patologia básica. **e) Naturalidade:** residência atual, residências anteriores: - freqüentemente se esquece de perguntar o tempo de residência atual e anterior, as localidades em que viveram anteriormente (relação com doenças endêmicas) e de registrar pontos de referência necessários para a localização da residência atual. **f) Estado Civil:** neste item pode ser explorada vida sexual; direito de receber os benefícios do parceiro; se a doença é obstáculo para assumir relação duradoura. **g) Renda Familiar:** permite avaliar condições sócio-econômicas, que estão associadas ao aparecimento de certas dermatoses. **h) Habitação:** investigar - nº de pessoas que residem no mesmo domicílio - número de cômodos - condições de saneamento (água, destino dos dejetos, coleta de lixo) - às condições de habitação podem estar associadas certas dermatoses ou neuropatias, uma vez que refletem condições sócio-econômicas e maior ou menor exposição dos suscetíveis ao risco.	a) A representação da doença para o paciente. b) Início e tempo da doença (a hanseníase é doença de longa duração) c) **Sintomas:** a percepção de parestesia nas extremidades dos membros, neuralgias, áreas de anestesia, manchas hipoestésicas ou anestésicas. d) **Uso de medicamentos:** possíveis causas de dermatoses; interferências durante uso de medicação específica e) **Hábitos:** podem estar associados ao aparecimento de certas dermatoses e/ou neuropatias ou contribuir para o agravamento das mesmas. f) **Coexistência de outras patologias:** esclarecer a origem de certas dermatoses e/ou neuropatias ou achados clínicos incompatíveis com diagnóstico provável. g) **Contágio:** se o paciente tem ou teve convivência com pessoas portadoras de afecções cutâneas semelhantes.

Exame Físico

Exame Clínico de Bárbara:

Bom estado geral, mucosas normocoradas, ausência de adenomegalias e de alterações à palpação das mamas; sem alterações pulmonares e cardiovasculares. Ausência de alterações abdominais e de edemas.

PA = 130 x 80mm Hg.

Questão 49

Você adota como conduta em atendimento de 1ª vez, o exame clínico geral?

SIM ( ) NÃO ( ) Justifique: _____

_____

_____

_____

A presença de comprometimento sistêmico na hanseníase e a possibilidade de patologias associadas impõe a necessidade de exame físico geral no 1º atendimento para a avaliação das condições orgânicas dos indivíduos e revisões sempre que necessárias.

Exame Dermato-Neurológico

O exame de Bárbara revelou:

Presença de eritema difuso, placas eritematosas infiltradas na face, nódulos.

Paciente bastante nervosa, com respostas pouco confiáveis em relação ao teste de sensibilidade.

Questão 50

Cite quatro condições básicas a serem observadas para realização do exame dermatólogico:

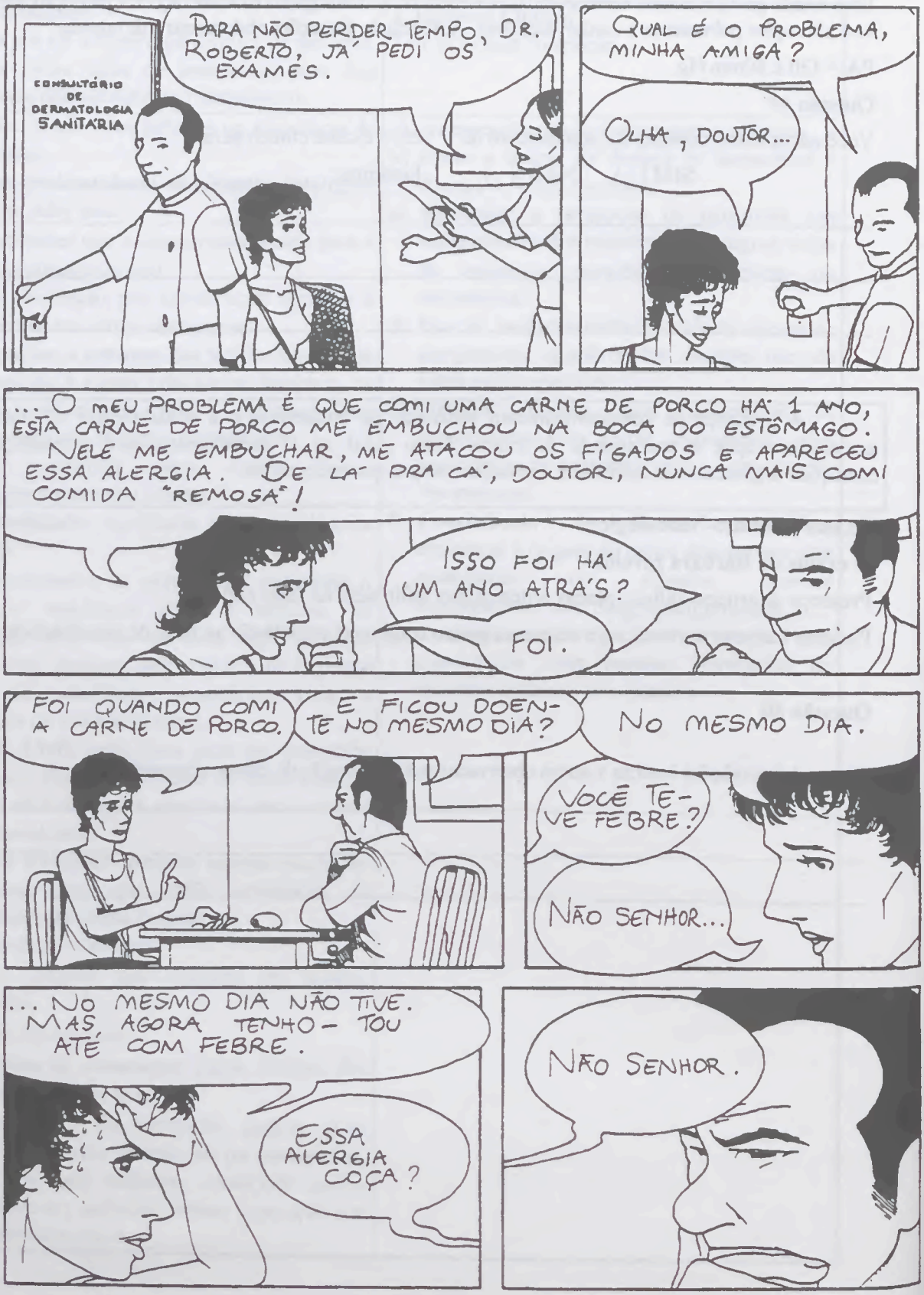
_____

_____

_____

Questão 51

Analise o atendimento de Bárbara



QUEIMA AQUI...
...E AQUI, SOBE UMA QUEIMAÇÃO PRA CIMA, QUE EU NÃO AGUENTO.
E AQUI DÁ CAIMBRA NA HORA DE ANDAR.
É CAIMBRA OU É DOR EM QUEIMAÇÃO?
É CAIMBRA E É QUEIMAÇÃO. SOBE AQUELA QUEIMAÇÃO, AQUELA DOR FEITO UMA QUEIMAÇÃO SOBE PRA CIMA.
ALGUM DOENTE NA FAMÍLIA?
NÃO SENHOR.
TEM TOMADO ALGUM REMÉDIO?
AH, ISSO SIM, E FOI MUITO!

Questão 52

Considerando as lesões de Bárbara, cite e justifique sinais e sintomas compatíveis com hanseníase

_____

_____

_____

No exame objetivo da pele deve-se verificar a presença de lesões, sua localização, forma número, dimensões, configuração, confluência, contornos, limites, bordas e consistência.

Quando se tratar de hanseníase as seguintes lesões podem ser encontradas, sempre associadas a distúrbios da sensibilidade cutânea:

- **Manchas hipocrômicas e/ou eritematosas:** alteração da cor da pele que não fazem relevo na superfície da pele e os limites na maioria das vezes são imprecisos.
- Na medida em que as manchas evoluem pode ocorrer diminuição da sudorese.
- A localização mais frequente desse tipo de lesão cutânea é nas nádegas, tronco, membros e face.
- **Lesões em placa:** são de tamanhos variados, bem limitadas, com tendência à cura central, com bordas elevadas ou com formação de microtubérculos em alguns pontos.
- São em geral pouco numerosas, assimétricas, anestésicas, anidróticas e com rarefação de pêlo.
- Localizam-se em geral no tronco, membro superior e inferior.
- **Lesões pré-foveolares:** são lesões eritematosas, planas, com o centro claro.
- Lesões foveolares (tipo queijo-suiço): são placas eritematosas, de tonalidade ferruginosa, infiltradas, com o centro claro e deprimido, com limite interno preciso e externo difuso.
- **Tubérculos:** são elevações sólidas circunscritas, de diâmetro maior que 0,5 centímetro, formam-se na derme, sua cor é da pele normal, eritematosa, acastanhada ou amarelada, de consistência mais ou menos firme.
- **Nódulos:** são formações sólidas localizadas na hipoderme sendo muitas vezes mais palpáveis do que visíveis.
- Os nódulos têm cor da pele normal, são eritematosos ou arroxeados, de consistência firme, elástica ou mole, forma arrendondada ou oval e apresentam limites em geral imprecisos.
- **Infiltração difusa:** em alguns casos a pele pode ter aspecto liso e brilhante por aumento difuso da espessura da pele (Ex. Hanseníase de Lúcio).

Outras Manifestações:

- infiltrações da face (facies leonina)
- queda de cílios e supercílios (madarose)
- irite
- obstrução nasal
- rouquidão ou "voz fanhosa"
- orelhas "em brinco"
- ginecomastia
- orqui - epididimite
- edema de extremidades
- febre, anorexia, ressecamento da pele
- espessamento de nervos periféricos
- apenas alterações de sensibilidade sem lesões cutâneas

Nos estágios iniciais da hanseníase podem estar presentes: hiperestesia devido ao processo irritativo-inflamatório, das terminações periféricas, cujos sintomas são vagos ("formigamento", "queimação", "picadas") ou dor neural decorrente do comprometimento de um tronco nervoso (na superfície do corpo poderá ser palpável devido ao espessamento) algumas vezes sem lesões cutâneas. Depois dessa fase a lesão de cerca de 30% das fibras sensitivas e autônomas provoca hipoestesia, anestesia e redução ou ausência de sudorese com ou sem lesões da pele. O comprometimento das fibras motoras ocosiona fraqueza muscular, paralisia e atrofia.

As lesões de pele podem se apresentar como uma única mancha, inúmeras manchas, nódulos, infiltrações ou outros tipos de lesões sempre associados a distúrbios de sensibilidade cutânea.

A doença produz ainda danos a órgãos vitais como os olhos, nariz, laringe, ossos, fígado, baço, testículos e manifestações secundárias: calosidades, fissuras, ulcerações, queda de pêlos corporais, ceratite, conjuntivite, etc...

Nos serviços públicos de saúde a suspeição diagnósica de hanseníase baseia-se em geral, na presença de lesões na pele, dificultando o diagnóstico dos casos em que só esteja presente a neuropatia periférica; e mesmo na presença de afecções cutâneas, profissionais pouco habilitados erram no diagnóstico, por não terem em mente que a hanseníase pode confundir-se a diversas doenças.

Questão 53

Observe os slides e discuta hipóteses diagnósticas

Slide Nº					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

"Ó pedaço de mim
Ó metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
no membro que já perdi..."
(Pedaço de mim - Chico Buarque de Holanda)

Questão 54

Na sua prática que neuropatias são mais frequentes e que aspectos são considerados no diagnóstico diferencial de hanseníase?

_____

_____

_____

(Consultar se necessário o Guia de Controle de Hanseníase, - Diagnóstico diferencial. Pag. 75 a 84.)

PARA O DIAGNÓSTICO COM OUTRAS NEUROPATIAS, LEMBRE-SE: A NEUROPATIA HANSÊNICA COM FREQÜÊNCIA É ASSIMÉTRICA, COM HIPERTROFIA DE TRONCOS NERVOSOS E AMIOTROFIAS PRINCIPALMENTE NOS PÉS E MÃOS.

Questão 55

a) Como os profissionais de sua unidade fazem pesquisa de sensibilidade em lesões suspeitas de hanseníase?

_____

_____

_____

b) Discuta técnicas de avaliação de sensibilidade - Consulte página 21 a 26 - Guia de Controle da Hanseníase.

No início da doença pode ser observado hiperestesia, a qual se segue hipoestesia (valorizar informações "menos quente" ou "morno") e finalmente, anestesia.

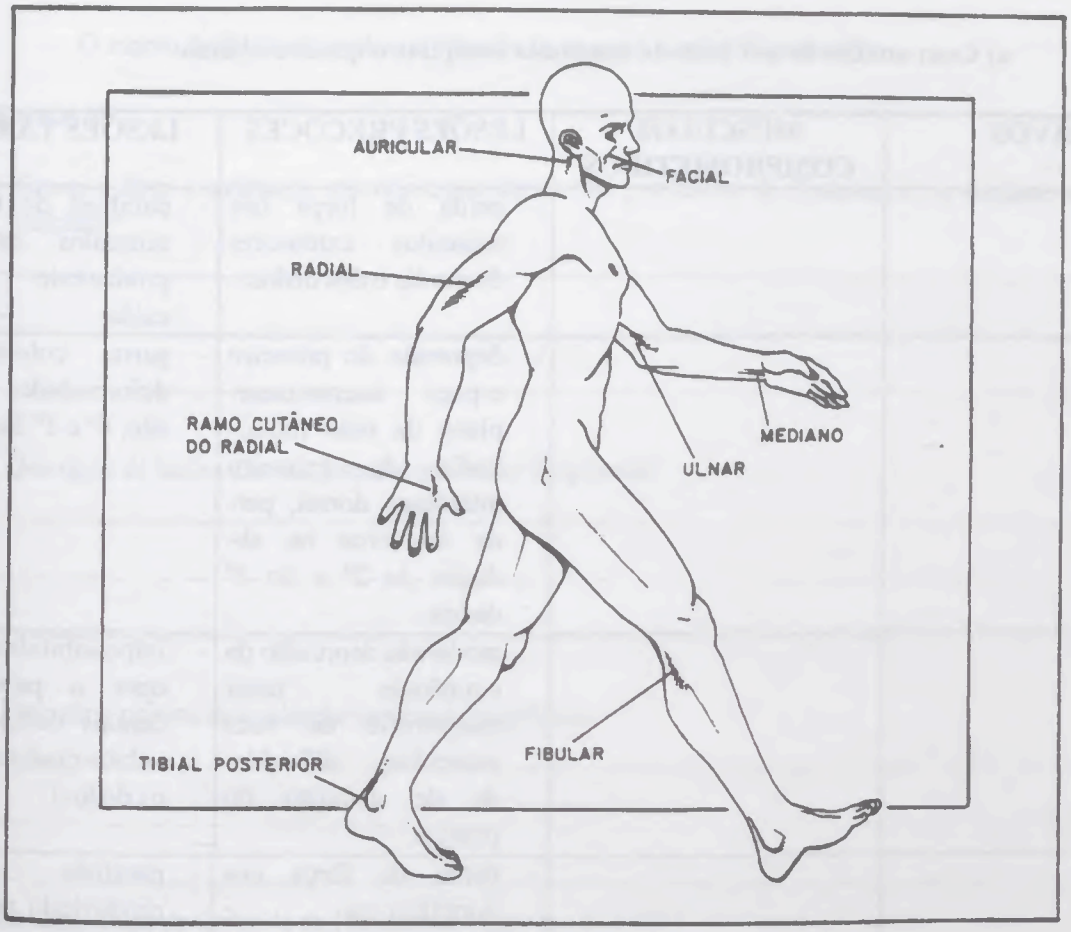
Avaliação de Incapacidade

Este exame deverá ser feito no sentido céfalo- caudal e constar dos seguintes itens: avaliação ocular. otorrinolaringológica, dos membros superiores e inferiores.

Tem por finalidade o registro para o acompanhamento de lesões precoces ou tardias, prevenção e tratamento de incapacidades. Vide Guia de Controle da Hanseníase - pag. 99.

Para avaliação de membros superiores e inferiores deve ser feita inspeção de mãos e pés e para cada um dos troncos nervosos periféricos procurar a presença de: espessamento, dor espontânea ou provocada pela palpação, choque, ou irradiação. É conveniente comparar sempre com o lado oposto.

Este exame deve ser feito nos seguintes nervos:



Exame neurológico de Bárbara

- Avaliação de membros superiores e inferiores de Bárbara:

  • espessamento de nervo ulnar esquerdo; móvel e indolor;

  • dificuldade de abdução dos dedos indicador e mínimo esquerdos;

  • membros inferiores e demais nervos periféricos sem anormalidades.

- Observar na prática e discutir técnica de exploração dos principais nervos periféricos. Consultar, se necessário o guia de Controle da Hanseníase, pag. 17 e 21.

Questão 56

a) Com auxílio de um atlas de anatomia complete o quadro abaixo:

NERVOS	MÚSCULOS COMPROMETIDOS	LESÕES PRECOCES	LESÕES TARDIAS
2. Radial		- perda de força nos músculos extensores do punho e dos dedos.	- paralisia de todos os músculos extensores, produzindo a mão caída.
3. Ulnar		- depressão do primeiro espaço intermetacarpiano da mão (amiotrofia do primeiro interósseo dorsal; perda de força na abdução do 2° e do 5° dedos.	- garra cubital com deformidade em flexão, 4° e 5° dedos.
4. Mediano		- moderada depressão da eminência tenar (amiotrofia de seus músculos), dificuldade de abdução do polegar.	- impossibilidade de opor o polegar aos demais dedos e garra cubito-mediana (todos os dedos).
5. Fibular		- perda de força nos dorsiflexores e evertores do pé.	- paralisia completa produzindo pé caído e marcha escarvante.
6. Tibial posterior		- discreta deformidade em flexão do pé e apoio das extremidades dos dedos sobre o solo.	- deformidade em flexão total dos dedos e úlcera plantar.

b) Realizar a prática da avaliação funcional desses músculos:
Discutir essa prática realizada com o paciente.

Veja noções de anatomia, fisiologia e exploração funcional página 27 a 29 do Guia de Controle da Hanseníase. Veja se necessário, Manual de Prevenção de Incapacidades.

Avaliação ocular

O exame de Bárbara revelou dificuldade para fechar o olho direito

As deformidades e incapacidades do olho são causadas pela ação direta do bacilo pela deposição de imunocomplexos sobre suas estruturas e ou, pela lesão dos pares cranianos trigêmios e facial.

Questão 57

Discutir a prática realizada da avaliação ocular.
Elabore um roteiro para avaliação ocular:

- Avaliação otorrinolaringológica

O exame de Bárbara revelou infiltração da mucosa nasal bilateralmente.

Questão 58

a) Como é feita a avaliação otorrinolaringológica nos portadores de hanseníase na unidade em que você trabalha?

_____

_____

_____

b) Que tipos de lesões são encontradas em maior freqüência?

_____

_____

_____

c) Discutir a prática de avaliação otorrinolaringológica.

_____

_____

_____

(Consultar Guia de Controle da Hanseníase - páginas 84 a 86.)

Questão 59

Qual o seu procedimento frente a situações, cujo resultado do teste de sensibilidade não seja confiável?

_____

_____

_____

Prova de Histamina

Essa prova permite, em alguns casos, avaliar a integridade das vias nervosas periféricas e é útil para delimitar o local de realização da biópsia, frente à dúvida ou dificuldades em relação aos testes de sensibilidade.

Questão 60

Comente a técnica de realização e possíveis resultados da prova de histamina realizada na prática. Consulte o Guia de Controle da Hanseníase, página 66.

_____

_____

_____

Questão 61

a) Comente a afirmativa:

"Uma vez estabelecido o diagnóstico clínico de hanseníase os exames complementares se justificam para classificação em formas clínicas, vigilância epidemiológica e controle de tratamento."

b) Quais são esses exames e quais os profissionais encarregados dessa solicitação e quais as dificuldades para sua realização?

"...pensou que talvez essa fosse uma das experiências humanas e animais mais importantes: a de pedir mudamente socorro e mudamente este socorro ser dado"
"Uma aprendizagem ou o Livro dos Prazeres - Clarice Lispector"

Agora tinha esperança de que iriam descobrir o que ela tinha e ansiosa faz várias perguntas ao doutor:

Questão 62

Coloque-se no lugar do médico e responda as perguntas de Bárbara:

"Eu tive que forçar a barra, batalhei muito mesmo pra saber da minha doença. No Posto onde faço o tratamento, eu vivia perguntando, mas não queriam me dizer.

Só em 83, depois de 3 anos é que fui saber o que era. Assim mesmo o doutor falou hanseníase. Aí eu conversei com uma pessoa que trabalha no Posto e a pessoa disse que o nome mesmo era lepra."

(Metalúrgico de Nova Iguaçu/1986)

"Chorei
Não procurei esconder
todos viram fingiram
pena de mim não precisava...
ali onde eu chorei qualquer um
chorava
Dar a volta por cima que eu dei,
quero ver quem dava."
(Dar a volta por cima - Paulo Emílio Vanzolini)

Questão 63

Que implicações você vê, nas seguintes atitudes dos médicos frente ao diagnóstico de hanseníase:

a) Não dizer nada

_____

_____

_____

b) Dizer que é alergia ou qualquer outra doença

_____

_____

_____

c) Dizer que é hanseníase apenas

_____

_____

_____

d) Dizer que é hanseníase, também chamada de lepra

_____

_____

_____

Consultar se necessário as Instruções Normativas da Portaria nº 814 GM de 22 de julho de 1993 - da Legislação sobre o Controle de Doenças na área de Dermatologia Sanitária. FNS, 1993, pag. 21.

"Ainda que mal perguntes,
ainda que mal respondas,
ainda que mal te entenda,
ainda que mal repitas,
(...)
ainda que mal me exprima,
ainda que mal me mostre,
ainda que mal me vejas,
ainda que mal te encare,
ainda que mal te furtes,
(...)
ainda assim te pergunto."

(Ainda que mal - Carlos Drummond de Andrade)

Questão 64

a) Quais as características gerais da população mais freqüentemente acometida de hanseníase em sua área de atuação?

_____

_____

_____

Questão 65

Dentre a clientela atendida pela primeira vez em seu local de trabalho, qual a proporção de casos de hanseníase detectados no último ano?

_____

_____

_____

O indicador abaixo é utilizado para avaliar o risco de contrair hanseníase, de uma dada população, num determinado período e medir a intensidade de atividades de detecção:

$$\text{Coeficiente de detecção anual de casos novos} = \frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 1° de julho}} \times 100.000$$

Calcule o coeficiente de detecção anual de casos novos da sua área de atuação.

Questão 66

Analise os dados a seguir:

PREVALÊNCIA E DETECÇÃO DA HANSENÍASE, SEGUNDO UNIDADE FEDERADA BRASIL - 1993

UNIDADE FEDERADA	PREVALÊNCIA(a)		DETECÇÃO(b)		POPULAÇÃO TOTAL(C) ESTIMADA - 01/07/94
	Nº	COEF/10.000	Nº	COEF/100.000	
BRASIL	197.588	13.00	32.988	21,71	152.118.898
NORTE	41.905	28,05	8.761	58,65	14.538.015
RO	4.514	34,74	1.269	97,65	1.293.736
AC	1.215	27,58	307	69,69	446.939
AM	8.825	39,40	1.477	65,94	2.272.247
RR	...	...	...	...	252.331
PA	11.165	20,15	2.516	45,41	4.834.004
AP	561	17,88	154	49,07	318.051
MA	15.625	30,62	3.038	59,54	5.120.707
NORDESTE	25.313	6,53	6.738	17,37	38.944.225
PI	4.990	18,74	999	37,51	2.672.479
CE	4.605	7,02	1.334	20,33	6.586.580
RN	581	2,31	148	5,89	2.521.056
PB	739	2,25	351	10,71	3.289.032
PE	7.404	10,14	2.007	27,50	7.328.675
AL	457	1,75	134	5,13	2.622.490
SE	782	5,01	291	18,65	1.563.570
BA	5.755	4,68	1.474	11,98	12.360.343
SUDESTE	76.145	11,78	9.100	14,08	64.927.015
MG	27.865	17,24	2.966	18,35	16.212.928
ES	6.540	24,14	859	31,71	2.715.306
RJ	17.259	13,26	2.348	18,04	13.108.948
SP	24.481	7,48	2.927	8,94	32.889.833
SUL	23.954	10,56	1.399	6,17	22.683.060
PR	19.294	22,48	975	11,36	8.595.161
SC	2.413	5.12	268	5,69	4.705.342
RS	2.247	2.39	156	1,66	9.382.557
C. OESTE	30.271	27,75	6.990	64,09	11.026.583
MT	9.803	44,04	2.779	124,86	1.876.022
MS	4.025	21,66	519	27,93	2.234.175
GO	12.305	29,39	2.697	64,41	988.444
TO	2.375	24,89	587	61,51	4.228.070
DF	1.763	10,48	408	24,26	1.699.872

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS 22.11.94
(FBGE: CENEPI/UIASS - novembro de 1994)

NOTAS: (a) PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DOS COEFICIENTES DE PREVALÊNCIA:
ALTO - > 5 CASOS / 10.000 HAB.
MÉDIO - DE 1 ├ 5 CASOS / 10.000 HAB.
BAIXO - < 1 CASOS / 10.000 HAB.
(b) PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DOS COEFICIENTES DE DETECÇÃO.
ALTO - > 10 CASOS / 100.000 HAB.
MÉDIO - DE 2 A 10 CASOS / 100.00 HAB.
BAIXO - < 2 CASOS / 100.000 HAB.
(c) DADOS DE POPULAÇÃO SUJEITOS A REVISÃO. FALTAM 20 MUNICÍPIOS DO PARÁ

ESTIMATIVAS DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS
HANSENÍASE - 1993 - 1995 (a)

ÁREA	Nº DE CASOS OBSERVADOS 93	Nº DE CASOS ESTIMADOS (b) INTERVALO DE CONFIANÇA (95%)					
		93		94		95	
		LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
BRASIL (c)	32.968	32.224	41.124	34.270	45.842	39.190	55.828
NORTE							
MA	3.038	2.284	3.184	2.478	3.427	2.673	3.677
RO	1.269	821	1.095	913	1.252	1.011	1.420
AM	1.477	1.327	1.528	1.267	1.501	1.201	1.470
AC	307	382	458	400	488	41	51
AP	154	26	68	28	32	0	0
RR	...	95	126	101	138	107	151
PA	2.516	2.227	2.733	2.366	2.954	2.509	3.183
NORDESTE							
PI	999	969	1.254	1.043	1.370	1.119	1.489
CE	1.334	1.270	1.734	1.358	1.890	1.447	2.050
(d)		1.107	1.399	1.045	1.442	980	1.486
N	148	121	172	131	189	141	207
PB	351	329	488	354	535	3.781	5.830
(e)		223	366	182	367	1.391	3.675
PE	2.007	1.991	2.409	2.149	2.628	2.309	2.851
AL	134	180	270	221	362	275	487
SE	291	196	360	205	417	215	484
BA	1.474	1.183	1.853	1.298	2.237	1.414	2.680
SUDESTE							
ES	859	1.088	1.332	1.171	1.513	1.257	1.718
RJ	2.348	2.922	3.538	3.043	3.741	3.163	3.951
SP	2.927	2.542	3.277	1.894	3.227	924	3.109
MG	2.966	2.742	3.423	3.093	4.047	3.492	4.772
SUL							
RS	158	184	238	199	274	217	317
SC	268	271	364	284	415	297	472
PR	975	2.214	2.959	2.596	3.686	3.035	4.536
C.OESTE							
MT	2.779	2.481	3.001	2.697	3.307	2.923	3.628
MS	519	512	662	526	699	540	737
G0+TO+DF	3.692	4.065	4.957	4.660	5.929	5.314	7.043

FONTE: Coordenação Nacional de Dermatologia Santária/CENEPI/FNS/MS

OBS.: (a) Estimativas baseadas em estudo de tendência utilizando-se a série histórica das taxas de detecção (1982 - 1992)

(b) Para as estimativas foram utilizadas as populações projetadas pelo FIBGE para 1º de julho

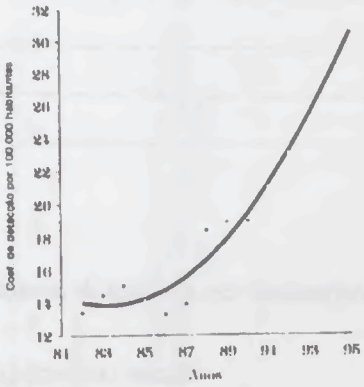
(c) Excluído o estado de Roraima

(d) Série histórica 1989 - 1992

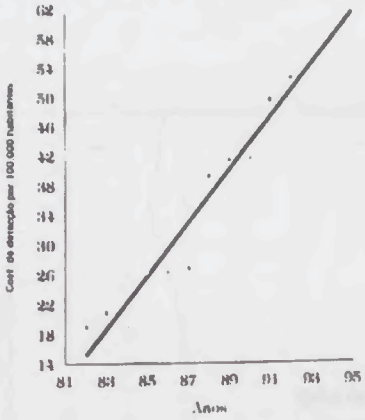
(e) Série histórica 1988 - 1992

Estudo da Tendência da Hanseníase no Brasil
Série Histórica - 1982 - 1992

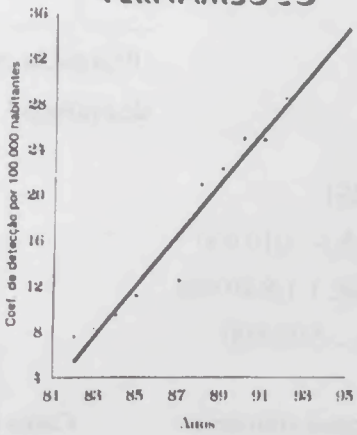
BRASIL



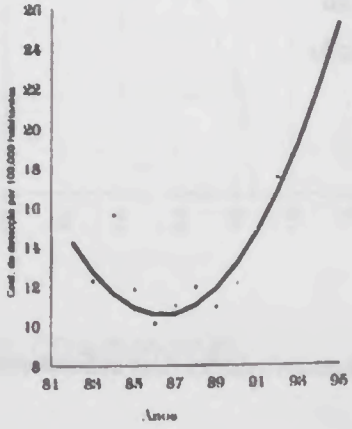
MARANHÃO



PERNAMBUCO

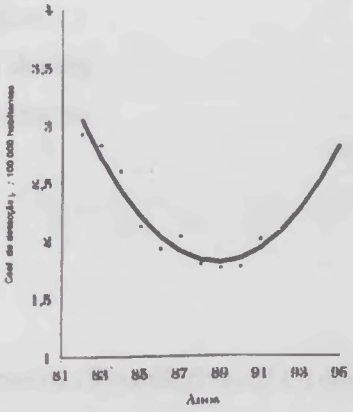


MINAS GERAIS



Excluído o ano de 1984

RIO GRANDE DO SUL



Fonte: CENEPI/FNS/MS

Questão 67

a) A análise de tendência no país sugere que a endemia é ascendente com o comportamento não homogêneo entre as unidades federadas. Discuta esta afirmativa (consultar Anexo nº 2, pag. 128)

_____

_____

_____

Questão 68

a) Você, conhece a magnitude da hanseníase em sua área de atuação.

( ) Sim ( ) Não Vamos conhecê-la!!!

1º Coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes = $\frac{\text{Casos em registro ativo em 31/12/ano de avaliação}}{\text{População em 31/12/ano de avaliação}}$ x 10.000 = ...,..... casos por 10.000 habitantes

Parâmetros (OMS)

baixa endemicidade < 1/10.000

média endemicidade 1 ├ 5/10.000

alta endemicidade ≥ 5/10.000

2º Percentual de casos com deformidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano = $\frac{\text{Casos novos detectados no ano de avaliação, com grau de incapacidade II e III*}}{\text{Casos novos detectados com grau de incapacidade avaliado no ano de avaliação}}$ x 100 = _____%

Parâmetro (CNDS):

Alto ≥ 20%

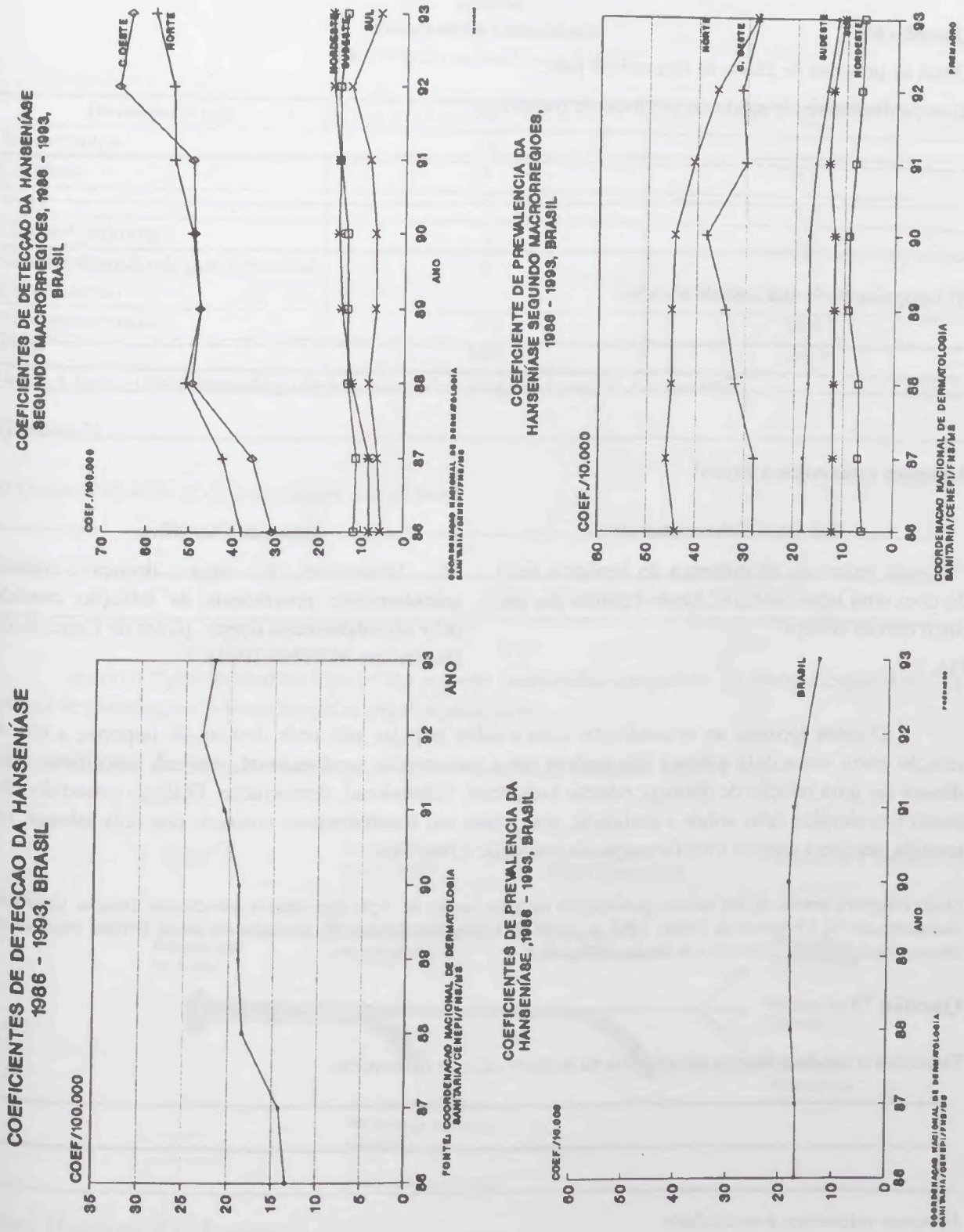
Médio 10 ├ 20%

Baixo < 10%

A magnitude e a transcendência da hanseníase é evidenciada através destes dois indicadores:

(*) Incapacidade II = Mão - úlceras, lesões traumáticas, garra móvel e reabsorção discreta. Pé - úlceras tróficas, garra dos artelhos, pé caido e reabsorção discreta. Olho - lagoftalmo, irite, diminuição da acuidade visual.

(*) Incapacidade III - Mão caída, articulação anquilosadas, reabsorção intensa. Pé - contratura, reabsorção intensa. Olho - acentuada diminuição da visão - cegueira



FONTE: CENEPI/FNS/MS

Questão 69

Quais as imagens de causa de hanseníase para:

a) os profissionais de saúde do seu local de trabalho

_____

_____

_____

b) a população de sua área de atuação

_____

_____

_____

Imagens referentes à causa:

Imagem Sobrenatural	Imagem Científica
"Satanás retirou-se da presença do Senhor e feriu Jó com uma lepra maligna, desde a planta dos pés até o alto da cabeça" (Jó, 2:7)	"A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa proveniente da infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. (Guia de Controle da Hanseníase MS/FNS/1994).

O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada.

(Ação educativa através de um método participativo no Setor Saúde. In: Ação Participativa metodologia. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 15-19 .In Hanseníase, módulo III, educação em saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Ministério da Saúde. 1988. p.34.)

Questão 70

Descreva o modo e fatores envolvidos na transmissão da hanseníase.

_____

_____

_____

Imagens referentes à imunidade

Tabela
Imagens de Imunidade
Entrevista realizada em MG/19

Imunidade por	Nº	%
Sacramentos	10	1,7
Caridade	5	0,8
BCG	5	0,8
Chá de Chalmugra	3	0,5
Simples menção de que é possível a imunização	8	1,3
Não mencionados	578	94,9
Total	609	100,0

Fonte: A lepra - Uma introdução ao fenômeno social da estigmatização - D. Gandra Júnior.

Questão 71

a) O que você sabe sobre imunidade e hanseníase?

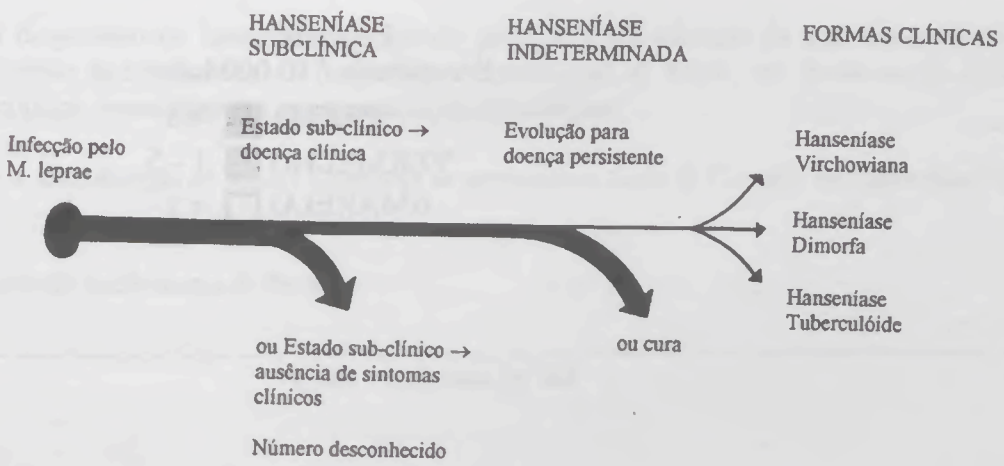
_____

_____

_____

Sendo o "Mycobacterium leprae" um parasita intracelular obrigatório, de multiplicação lenta, os fatores de resistência do hospedeiro têm papel significativo.

b) Com base nos conceitos de causa, transmissão e imunidade, analise a figura a seguir:

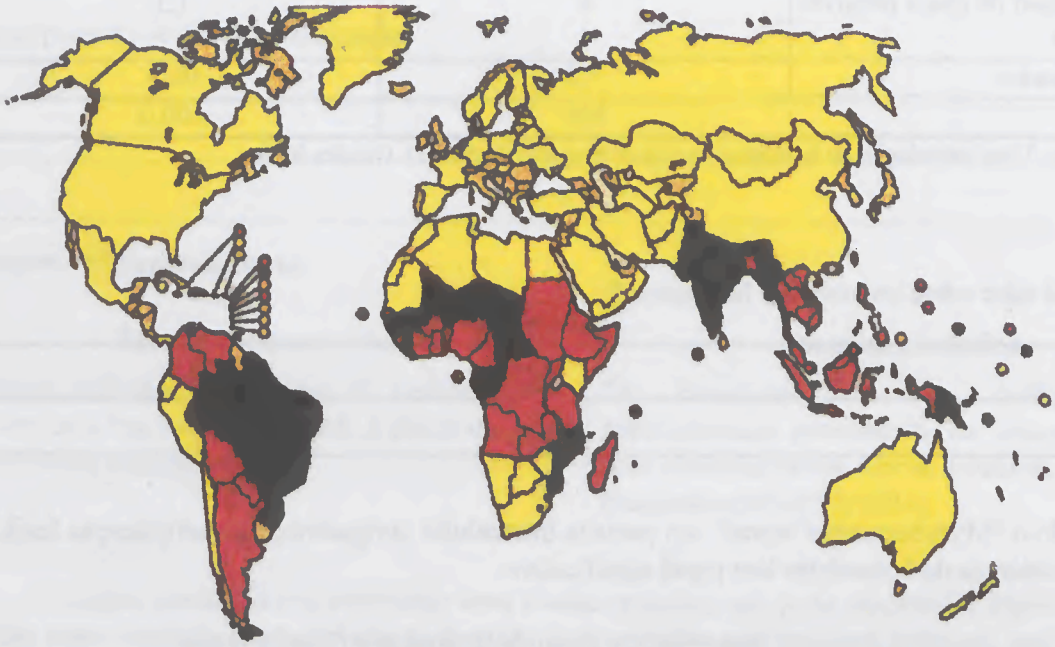


Fonte: Haastings, R.C. Leprosy

Nota: Este gráfico sofreu modificação no seu final em função da classificação de Madri, adotada oficialmente pela CNDS/FNS

c) Analise a figura a seguir: a que fatores você atribui o padrão de distribuição da hansenáise?

HANSENÍASE NO MUNDO - 1993



Legenda
Prevalência / 10.000 hab.

PRETO > 5
VERMELHO 1 - 5
AMARELO < 1

Fonte: Organização Mundial de Saúde - OMS

Questão 72

a) Identifique aspectos imunológicos da hanseníase

_____

_____

_____

b) Relacione os aspectos imunológicos com as formas clínicas da hanseníase

_____

_____

_____

c) Construa um esquema para classificação das formas clínicas a partir da relação estabelecida (à medida que for construindo o esquema sistematizar paulatinamente o conhecimento com a participação de todos)

_____

_____

_____

d) Leia o guia de Controle da Hanseníase - pag. 13 a 16

e) Compare o esquema construído com o texto lido.

Classificação em formas clínicas

Após o diagnóstico da hanseníase, o segundo passo é a identificação da sua forma clínica. O Programa de Controle da Hanseníase/MS recomenda a classificação de Madri, que baseia-se em achados clínicos, baciloscópicos, imunológicos e, se necessário, histopatológico.

Discutir a classificação de Madri. Consultar se necessário o Guia de Controle de Hanseníase - pag. 30 a 39.

Resultado do exame de baciloscopia de Bárbara

CMS - Acirema do Sul

Nome: *Bárbara*
Exame: Baciloscopia Material: *Pele*
Resultado: *Positivo*

Data: 08/04/94

Questão 73

Observar na prática o exame baciloscópico da hanseníase. Consultar Guia de Controle da Hanseníase - pag. 46 a 61.

Resultado do exame de baciloscopia de Bárbara Quadro do exame ver pag. 87.

Após ler o resultado do exame, Dr. Roberto, meio constrangido, disse a Bárbara que ela estava com Hanseníase mas que essa doença tem cura seguindo o tratamento.

Bárbara assustada, engolindo o choro, saiu do consultório:

"Há dias em que a gente se sente
como quem partiu ou morreu
a gente estancou de repente
ou foi o mundo então que cresceu
a gente quer ter voz ativa
no nosso destino mandar
mas eis que chega a roda viva
e carrega o destino pr'a lá..."
(Roda Viva - Chico Buarque de Holanda)

E enquanto recebe os medicamenos escuta a conversa de Neli com a auxiliar de enfermagem:

História clínica de Neli**: há 2 anos parestesia em membro superior direito e há dois meses aparecimento de mancha hipocrônica de mais ou menos 2,0 cm de diâmetro, limites externos nítidos em região lateral do braço direito. E alteração de sensibilidade na lesão.* ***Bacterioscopia: negativa.

Chegou ao Posto de Saúde sem diagnóstico e sem tratamento tendo sido solicitada biópsia.

Questão 74

a) qual a sua hipótese diagnóstica neste caso? Justifique.

_____

_____

_____

b) Analise a validade do pedido de biópsia para Neli:

_____

_____

_____

"Ao analisarmos aqui algumas das características do processo de educação, partimos da admissão que existem dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos mas não essencialmente opostos, e que a educação, como processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes.

O conteúdo educativo deste processo de controle e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo.

A ação educativa não implica somente a transformação do saber, mas também a transformação dos sujeitos do processo, tanto os técnicos quanto a população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo.

Cumpre, finalmente, lembrar que um processo educativo como que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam, *competência técnica*, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas, também, conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se inscreve a sua ação e prática social. Portanto, boa vontade só, não basta".

(João Bosco Pinto - Ação educativa através de um método participativo. In: Ação participativa metodologia. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982, p. 15-19.)

Quadro
Principais aspectos histopatológicos da Hanseníase

Tipo	Histopatologia
Indeterminado (I)	Infiltrados discretos constituídos principalmente por linfócitos, histiócitos não diferenciados e alguns fibroblastos. A localização peri-neural e ao redor dos anexos cutâneos deve ser valorizada, quando não forem encontrados bacilos, correlacionando lesões clínicas.
Tuberculóide (T)	Evidência de que os histiócitos ou macrófagos diferenciam-se em células epiteilóides que, reunidas, formam granulomas. Estes granulomas com orla linfocitária nítida, mais ou menos densa, apresentam com frequência, células gigantes de permeio. Os granulomas superficiais em contato íntimo com a epiderme produzem atrofia. A localização nos filetes nervosos provoca desestruturação e mesmo completa destruição. A pesquisa de bacilos é quase sempre negativa e não existe degeneração lipoídica. Um laudo de granuloma tuberculóide somente será compatível com HT quando houver agressão dos filetes nervosos. A correlação com a clínica é indispensável. As lesões HT podem sofrer reações transitórias, de curta duração, em que os granulomas são mais frouxos e o achado de bacilos mais fácil (reação de reversão). Pode haver intenso edema inter e intra-celular e ao nível dos nervos mais calibrosos "necrose caseosa" e fistulização.
Virchowiano (V)	Presença de macrófagos carregados de bacilos e globias. Os germes são vistos, também, nos filetes nervosos, endotélio e parede dos vasos, bainhas e músculos eretores dos pêlos. Técnica de coloração específica (Sudão III) mostram presença de lipídeo grumoso intracelular. A célula de Virchow é, portanto, um macrófago modificado, contendo bacilos e degeneraçao lipoídica. A incapacidade de destruir M. Leprae resulta em contínuo afluxo de nóvos histiócitos, formando infiltrados compactos, maciços, porém sempre separados da epiderme por faixa colágena (faixa de UNNA). Os linfócitos são escassos sem disposição especial.
Dimorfo (D)	A maioria dos exames faz-se com 2 biópsias de lesões cutâneas distintas - uma poderá revelar estrutura tuberculóide e a outra, estrutura Virchowiana (conceito da escola latino-americana). O encontro simultâneo das duas estruturas celulares, num mesmo corte histológico, representa minoria dos diagnósticos. Nestes casos é importante observar: 1°. diferença quantitativa de bacilos: raros ou ausentes nos granulomas de células epitelóides. 2°. presença de bacilos e globias nos infiltrados de células de Virchow. 3°. presença de lipídeos nas células de Virchow.

Fonte: TALHARI, S. e NEVES, R.G., Hansenologia, Dermatologia Tropical, MANAUS, 1984.

Questão 75

Analise os casos abaixo e classifique quanto às formas clínicas

a) Élcio, 52 anos, há 3 anos com lesões eritematosas infiltradas com bordas mal definidas na perna esquerda, nódulos em membros superiores e algumas lesões eritematosas planas com centro-claro com limites internos bem definidos na região dorsal do tronco à esquerda, anestesia térmica e dolorosa e sensibilidade tátil preservada nas lesões.
Espessamento do ulnar esquerdo
Baar positivo
Mitsuda - induração 1,5mm

b) João de Deus, 33 anos, há 5 anos com placas eritematosas vinhosas, infiltradas, com bordas imprecisas em membros superiores e dorso, anestesia térmica, hipoestesia dolorosa e sensibilidade tátil preservada. Obstrução nasal, fotofobia, mãos edemaciadas.
Baar positivo
Mitsuda - ausência de induração no local do teste

c) Zilá, 14 anos, há três meses com lesão eritematosa plana de limites mal definidos na mão esquerda, com hipoestesia térmica, hiperestesia dolorosa, sensibilidade tátil preservada. Prova de histamina incompleta ao nível de lesão e completa na área testemunha.
Baar negativo
Mitsuda - ausência de induração no local do teste

d) Delfino, 38 anos, há 2 anos com placa eritematosa de bordas externas nítidas com descamação, na região dorsal esquerda do tronco, com anestesia térmica, dolorosa e tátil.
Pé esquerdo insensível, ressecado, com lesões traumáticas.
Baar - negativo

e) Jandira, 28 anos, há 6 meses com mancha hipocrômica de limites imprecisos na perna esquerda, hipoestesia
Baar negativo
Mitsuda - 6mm
Biópsia - infiltrado inflamatório crônico inespecífico

Questão 76

a) Calcule a proporção de cada forma clínica dentre os casos novos detectados em sua unidade no último ano e discuta o resultado

b) Analise as tabelas

CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, RESIDENTES, SEGUNDO FORMA CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL PARA FINS DE TRATAMENTO, POR UNIDADE FEDERADA
BRASIL - 1993

UF	PAUCIBACILARES					MULTIBACILARES							TOTAL CASOS NOVOS
	T		I	SUBTOTAL PB		I	I MITS Ñ			NÃO	SUBTOTAL MB		
	Nº	% (a)	MITS +	Nº	%	MITS -	REALIZ/ IGNORADO	D	V	CLASSIF.	Nº	%	
BRASIL	7076	29	1872	8948	27	4088	2079	9129	8150	594	24040	73	32988
NORTE	1855	30	441	2296	26	1563	549	2327	1988	38	6465	74	8761
RO	135	19	126	261	21	202	192	392	185	37	1008	79	1269
AC	54	22	17	71	23	19	19	135	62	1	236	77	307
AM	459	37	96	555	38	109	30	493	290	-	922	62	1477
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	476	26	135	611	24	244	308	702	651	-	1905	76	2516
AP	48	35	13	61	40	4	-	69	20	-	93	60	154
MA	683	34	54	737	24	985	-	536	780	-	2301	76	3038
NORDESTE	1957	39	371	2328	35	751	514	1584	1495	66	4410	65	6738
PI	289	39	56	345	35	78	129	201	246	-	654	65	999
CE	415	39	40	455	34	66	143	281	378	11	879	66	1334
RN	47	38	10	57	39	15	-	34	42	-	91	61	148
PB	113	42	7	120	34	20	57	79	75	-	231	66	351
PE	568	38	148	716	36	193	113	650	285	50	1291	64	2007
AL	48	47	3	51	38	3	23	34	21	2	83	62	134
SE	120	59	9	129	44	28	49	29	56	-	162	56	291
BA	357	35	98	455	31	348	...	276	392	3	1019	69	1474
SUDESTE	1617	22	444	2061	23	675	421	3468	2388	87	7039	77	9100
MG	148	5	17	165	6	153	...	1951	697	-	2801	94	2966
ES	95	14	15	110	13	25	116	391	187	30	749	87	859
RJ	631	33	89	720	31	155	166	671	591	45	1628	69	2348
SP	743	35	323	1066	36	342	139	455	913	12	1861	64	2927
SUL	267	25	91	358	26	211	13	212	605	-	1041	74	1399
PR	178	25	75	253	26	180	...	107	435	-	722	74	975
SC	55	24	14	69	26	18	9	62	110	-	199	74	268
RS	34	25	2	36	23	13	4	43	60	-	120	77	156
C.OESTE	1380	30	525	1905	27	888	582	1538	1674	403	5085	73	6990
MT	544	35	310	854	31	646	-	411	611	257	1925	69	2779
MS	121	32	73	194	37	38	-	121	132	34	325	63	519
GO	522	27	40	562	21	79	566	772	637	81	2135	79	2697
TO	129	34	83	212	36	105	14	95	152	9	375	64	587
DF	64	19	19	83	20	20	2	139	142	22	325	80	408

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS

Casos Novos de Hanseníase, Residentes, Segundo Grupos de Idade, e Coeficiente de Detecção em menores de 15 anos, por Unidade Federada

Brasil, 1992

Faixa Etária U.F.	0 - 14 anos			15 anos e mais		Ignorada		Total de casos novos
	Nº	%	COEF.100.000 (A)	Nº	%	Nº	%	
Brasil	3170	10	6,00	29393	89	425	1	32988
Norte	1316	15	20,42	7403	84	42	1	8761
RO	110	9	20,95	1130	89	29	2	1269
AC	41	13	21,12	266	87	-	-	307
AM	314	21	32,08	1163	79	-	-	1477
RR	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	427	17	18,03	2077	83	12	1	2516
AP	17	11	11,93	136	88	1	1	154
MA	407	13	18,20	2631	87	-	-	3038
Nordeste	634	9	4,21	5940	88	164	2	6738
PI	85	9	7,78	914	91	-	-	999
CE	98	7	3,86	1211	91	25	2	1334
RN	8	5	0,85	140	95	-	-	148
PB	29	8	2,33	321	91	1	-	351
PE	238	12	8,84	1765	88	4	-	2007
AL	18	13	1,71	114	85	2	1	134
SE	19	7	3,10	222	76	50	17	291
BA	139	9	2,84	1253	85	82	6	1474
Sudeste	567	6	2,81	8448	93	85	1	9100
MG	203	7	3,70	2724	92	39	1	2966
ES	67	8	7,09	770	90	22	3	859
RJ	217	9	5,87	2107	90	24	1	2348
SP	80	3	0,79	2847	97	-	-	2927
SUL	31	2	0,42	1365	98	3	-	1399
PR	22	2	0,76	953	98	-	-	975
SC	6	2	0,38	262	98	-	-	268
RS	3	2	0,10	150	96	3	2	156
C.Oeste	622	9	15,90	6237	89	131	2	6990
MT	290	10	34,56	2417	87	72	3	2779
MS	14	3	2,10	505	97	-	-	519
GO	244	9	16,93	2453	91	-	-	2697
TO	55	9	13,81	473	81	59	10	587
DF	19	5	3,33	389	95	-	-	408

Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/CENEPI/FNS/MS

OBS.: (a) Parâmetros para avaliação do coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos:

Alto ≥ 2,50/100.000 hab.

Médio 0,5 ⊢ 2,5 / 100.000 hab.

Baixo < 0,5/100.000 hab.

(b) Os indicadores abaixo são utilizados para análise de tendência da endemia.

Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes	Casos novos residentes na UF detectados no ano da avaliação / População em 1° de julho do ano de avaliação	x 100

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia

Parâmetros:

Alto ≥ 10,0/100.000 hab.
Médio 2,0 ├ 10,0/100.000 hab.
Baixo < 2,0/100.000 hab.

Coeficiente de detecção anual de caso novos na população de 0 a 14 anos, x 100.000 habitantes	Casos novos detectados com idade entre 0 a 14 anos, no ano da avaliação / População entre 0 e 14 anos em 1° de julho/ano da avaliação	x 100.000

Utilidade: determinar a tendência secular da endemia.

Parâmetros:

Alto > 2,5/100.000 hab.
Médio 0,5 ├ 2,5/100.000 hab.
Baixo < 0,5/100.000 hab.

NO CONSULTÓRIO:
O PRÓXIMO!
COMO É, TOMANDO OS REMÉDIOS DIREITINHO?
TÔ. MAS NÃO ESTÁ MELHORANDO NADA, DOUTOR.
VOCÊ MAL COMEÇOU E JÁ TÁ QUERENDO VER MELHORA?
AH DOUTOR...
...MAS ESSE FORMIGAMENTO TÁ ME INCOMODANDO MUITO. NÃO DÁ PRA PASSAR OUTRO REMÉDIO?
O RESULTADO DO SEUS EXAME ESTÁ AQUI: BACTERIOSCOPIA.
E OS REMÉDIOS SÃO ESSES MESMOS.
AGORA PODE PASSAR NA SALA AO LADO PRA APANHAR MAIS REMÉDIOS.
ÚLTIMO ATENDIMENTO.
COMO É, TÁ TOMANDO OS REMÉDIOS?
NÃO SENHOR...
...O OUTRO DOUTOR DISSE PRA EU ESPERAR O RESULTADO DAQUELE EXAME QUE TIROU UM PEDACINHO DE PELE...
AH! TÁ, TÁ TUDO AQUI.
VOCÊ VAI PASSAR NA SALA AO LADO, PEGAR OS REMÉDIOS, E VAI TOMAR TODO DIA, CHOVA OU FAÇA SOL, ACONTEÇA O QUE ACONTECER, TÁ?

Questão 77

Que critérios os profissionais em sua unidade sanitária adotam para dar início ao tratamento dos pacientes portadores de hanseníase?

O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com doenças de evolução lenta como a hanseníase, cujo diagnóstico baseia-se na clínica e cujos determinantes sociais confrontam os clínicos com uma série de situações problema que não estão preparados para resolver, tem acarretado a adoção da moderação como norma de conduta, adiando muitas vezes por prazos muito longos o início do tratamento.

O prazo de demora permitido diante de um quadro clínico é uma técnica e como tal merece que se lhe dê um cunho científico, de forma a evitar o comprometimento do prognóstico do paciente. Este prazo de demora deve depender da certeza diagnóstica do profissional, que se baseia na clínica e, quando necessário, em exames complementares, cuja demanda de tempo para realização, não ofereça risco imediato de evolução desfavorável do quadro clínico.

Imagens de Tratamento - Entrevista realizada em MG

Tratamento	Número	Percentual
Feijão com carne de cobra	3	0.49
Transmissão da doença para outras pessoas (7 pessoas, 3 pessoas não especificadas)	32	5.25
Água de pote com cobra coral	1	0.16
Espiritismo	3	0.49
Inhame	6	0.99
Raiz (sem especificação)	7	1.15
Benzeduras	3	0.49
Sangrias	2	0.33
Comida Fresca	2	0.33
Sulfona	12	1.97
Cortizona	5	0.82
Sulfa	4	0.66
Não mencionado	529	86.86
Total	609	100

Fonte: A Lepra - Uma introdução ao fenômeno social da Estigmatização - D. Gandra

"É preciso silêncio
profundo silêncio
para compreender a verdade..."
(Operário do Silêncio - Oton São Paio)

O conhecimento dos mecanismos de ação dos medicamentos específicos, possibilitará aos profissionais da saúde aplicação consciente do esquema preconizado e intervenções eficazes em casos de ações adversas ao uso de medicamentos específicos.

Questão 78

a) Selecione uma droga dentre as utilizadas no tratamento específico da hanseníase e descreva seu mecanismo de ação.

_____

_____

_____

b) Compare as respostas do grupo com o quadro abaixo

Drogas	Mecanismo de ação
Sulfona	É bacteriostática. Interfere na síntese do ácido fólico bacteriano, essencial ao seu crescimento por competir com o ácido para-aminobenzóico ligando-se a enzima dehidropteroato sintetase.
Clofazimina	É bacteriostática e tem atividade anti-inflamatória. Tende a se depositar nos tecidos graxos e nas células dos sitema retículo-endotelial. É englobada pelos macrófagos em todo o organismo. O mecanismo de ação contra o M. leprae ainda não foi perfeitamente esclarecido, parecendo integrar-se ao DNA do gene.
Rifampicina	É altamente bactericida. Age inibindo a síntese do RNA pela bactéria por competir com a enzima RNA polimerase, interrompendo dessa maneira a síntese proteica bacteriana
Etionamida	É fracamente bactericida nas doses utilizadas. Seu mecanismo de ação não é totalmente conhecido, supondo-se que iniba a síntese peptídica pelas bactérias.

Questão 79

Compare as diversas experiências do grupo em relação aos esquemas de tratamento utilizados:

_____

_____

_____

A portaria nº 1401/GM de 16 de agosto de 1991, estabelece que o esquema poliquimioterapêutico constitui-se em único esquema nacional oficial a partir de 1991.

PQT

PB	MB
Rifampicina - 600mg/mês supervisionados	Rifampicina - 600mg/mês supervisionados
Dapsona - 100mg/dia autoadministrados	Clofazimina - 300mg/mês supervisionados + 100mg em dias alternados ou 50mg/dia autoadministrados Dapsona - 100mg/dia autoadministrados
Tempo de tratamento - 6 doses em até 9 meses	Tempo de tratamento 24 doses em até 36 meses

Ler e discutir no Guia de Controle da Hanseníase - pag. 87 a 90.

Questão 80

Quais as patologias que contra indicam a inclusão de pacientes no esquema padrão de poliquimioterapia?

_____

_____

_____

Questão 81

Analise e discuta o quadro abaixo

COBERTURA DO PROGRAMA DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE, SEGUNDO UNIDADE FEDERADA

BRASIL - 1993

UF	TOTAL	TOTAL	C/ AÇÕES DE CONTROLE				C/ POLIQUIMIOTERAPIA			
			MUNICÍPIOS		POPULAÇÃO		MUNICÍPIOS		POPULAÇÃO	
	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BRASIL	4.977	151.935.736	3.331	67	131.085.205	86	2.753	55	125.970.977	83
NORTE	403	14.936.966	327	81	13.850.291	93	284	70	13.518.419	91
RO	40	1.299.542	26	65	1.027.977	79	26	65	1.027.977	79
AC	22	440.522	12	55	374.790	85	12	55	374.790	85
AM	62	2.239.832	62	100	2.239.832	100	60	97	2.238.614	100
RR	...	...	...	...		...	...	...	...	...
PA	128	5.540.588	118	92	5.395.692	97	118	92	5.395.692	97
AP	15	313.840	9	60	302.618	96	8	53	292.867	93
MA	136	5.102.642	100	74	4.509.382	88	60	44	4.188.479	82
NORDESTE	1.419	38.792.363	537	38	25.823.321	67	492	35	25.223.879	65
PI	148	2.663.272	53	36	1.894.530	71	53	36	1.894.530	71
CE	178	6.560.305	112	63	5.360.215	82	109	61	5.266.068	80
RN	152	2.512.957	54	36	1.884.193	75	47	31	1.517.161	60
PB	171	3.278.597	27	16	1.601.905	49	27	16	1.601.905	49
PE	177	7.298.955	79	45	4.517.333	62	50	28	4.474.572	61
AL	100	2.614.434	35	35	1.644.138	63	35	35	1.644.138	63
SE	78	1.560.419	24	31	1.169.780	75	24	31	1.169.780	75
BA	415	12.303.424	153	37	7.751.227	63	147	35	7.655.725	62
SUDESTE	1.534	64.621.927	1.235	81	61.207.653	95	895	58	58.415.621	90
MG	756	16.165.612	545	72	14.080.875	87	317	42	12.252.030	76
ES	71	2.709.307	61	86	2.475.847	91	56	79	2.450.731	90
RJ	81	13.018.774	65	80	12.564.900	97	49	60	12.145.100	93
SP	626	32.728.234	564	90	32.086.031	98	473	76	31.567.760	96
SUL	1.059	22.677.643	805	76	20.053.303	88	733	69	19.568.681	86
PR	371	8.583.595	314	85	8.051.845	94	314	85	8.051.845	94
SC	261	4.710.589	76	29	2.917.557	62	44	17	2.564.301	54
RS	427	9.383.459	415	97	9.083.901	97	375	88	8.952.535	95
C.OESTE	562	10.906.837	427	76	10.150.637	93	349	62	9.244.377	85
MT	117	2.225.740	91	78	2.104.221	95	87	74	2.083.263	94
MS	77	1.857.929	73	95	1.835.348	99	73	95	1.835.348	99
GO	232	4.186.928	196	84	3.909.059	93	156	67	3.248.204	78
TO	123	954.283	55	45	697.248	73	21	17	472.801	50
DF	13	1.681.957	12	92	1.604.761	95	12	92	1.604.761	95

FONTE: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/CENEPI/FNS/MS

TEREZA ABSORTA EM SEUS PENSAMENTOS, OUVE CHAMAR NO PORTÃO... É NELI, AMIGA QUE CONHECEU NA REUNIÃO LÁ NO POSTO DE SAÚDE.
AI! NOVAMENTE O ENJÔO E ESSA TONTURA, MALDITO REMÉDIO! MAS, NÃO TEM JEITO, TENHO QUE APRONTAR O ALMOÇO.
OI NELI, QUE BOM TE VER AQUI!
NOSSA! O QUE HOUVE? VOCÊ TÁ COM A BOCA TÃO ROXA.
POIS É, MENINA, EU ANDO TÃO PREOCUPADA COM ISSO... JÁ FAZ ALGUNS DIAS QUE TÔ ASSIM... TÔ COM FALTA DE AR, PALPITAÇÃO, MOLEZA NO CORPO...
NÃO DOU MAIS NEM CONTA DOS SERVIÇOS DE CASA.
JÁ FIZ ATÉ O EXAME DE SANGUE QUE O DOUTOR PEDIU.
É, MENINA, É BOM VER ISSO LOGO, NÉ?

CMS - Acirema do Sul
Pedido de Exame

Nome: Tereza
Exame: Hemograma completo Material: Sangue
Pedido por:
Obs: paciente em uso de Rifampicina e Sulfona

Resultado

Hem: 3,5 Hb: 10,9 Ht: 33
Leuco: 5.400

Eos: 2 Baso: 0 Mielo: 0 meta 0
Seg: 33 Linfo: 65 Mono:2

Questão 82

a) Considerando os sintomas relatados por Tereza e o resultado do exame acima, qual é a sua hipótese diagnóstica?

b) Que conduta você adotaria?

Questão 83

a) Na sua experiência, quais o efeitos colaterais mais freqüentes relatados, no tratamento específico de hanseníase?

b) Frente a esses efeitos, que medidas devem ser adotadas?

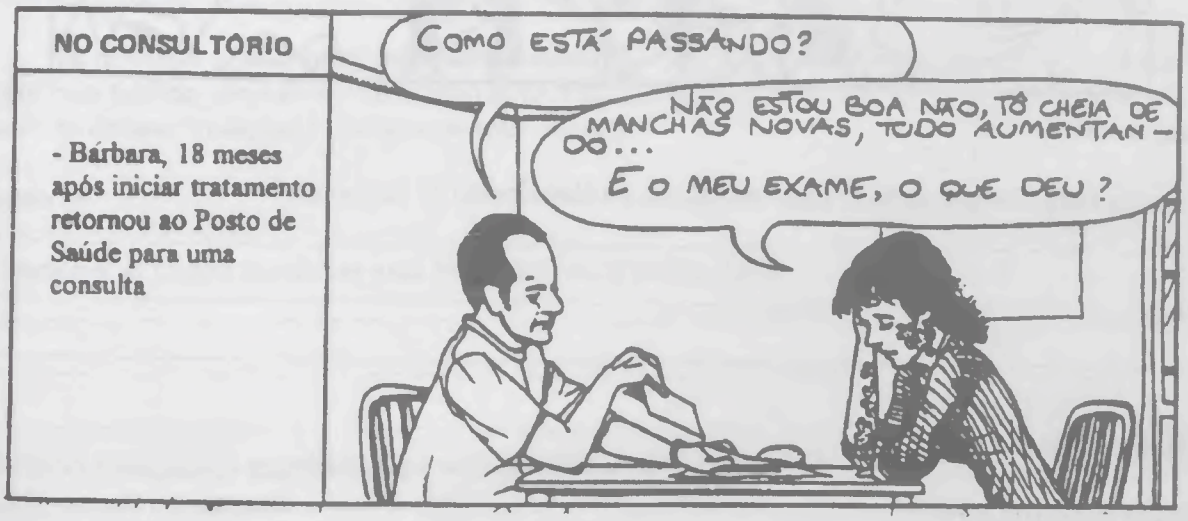
c) Discutir reações adversas - Consultar Guia de Controle da Hanseníase - pag. 95 a 99.

Questão 84

Defina a conduta

a) Vera, portadora de MHT, tomou a 1ª dose supervisionada no dia 28/03/92, sendo aprazada para o dia 28/04/92. Por motivos particulares, só pode comparecer a unidade de saúde no dia 08/05/92.

b) Helena, portadora de MHI+, tomou a 5ª dose supervisionada no dia 15/06/92, sendo aprazada para o dia 15/07/92. Por algum motivo, só compareceu a unidade de saúde no dia 03/08/92.



Questão 85

No caso acima que suspeição diagnóstica pode ser feita?

Questão 86

Quais as situações que caracterizam emergência no atendimento de hanseníase?

_____

_____

_____

Estados reacionais

Estado clínico de Jorge:

Dor intensa no trajeto do nervo ulnar esquerdo, lesões com acentuação de eritema e infiltração.

Questão 87

Frente ao quadro clínico de Jorge e considerando que ele está há 3 meses em tratamento de hanseníase, forma (T). Qual seria sua suspeita diagnóstica?

_____

_____

_____

(Estados Reacionais - pag. 40 a 46 Guia de Controle da Hanseníase).

CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES HANSÊNICAS

NOME DA REAÇÃO	FORMAS CLÍNICAS	PRINCIPAIS CARACERÍSTICAS CLÍNICAS	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS (DÉRMICAS)	PRINCIPAIS ACHADOS HEMATOLÓGICOS
REAÇÃO TIPO I	1.DIMORFA 2.TUBERCULÓIDE	Eritema e edema de algumas ou de todas as lesões hansênicas cutâneas. Pode haver exacerbação das lesões (infiltração e acentuação do eritema), edema de extremidades, neurite	Na reação reversa há edema, redução bacilar e aumento de células de defesa como os linfócitos, células epitelióides e gigantócitos. Em reações descendentes, há aumento de bacilos e as células de defesa são substituidas por macrófagos.	Nenhum
REAÇÃO TIPO II	1.VIRCHONIANA 2.DIMORFA	Eritema nodoso hansêmico (ENH), mialgia, dor articular, febre, mal estar, linfadenite, rinite, irite, epididimo-orquite, protenúria. Em casos graves, as lesões de ENH podem se tornar vesiculosas ou bolhosas e ulcerar (eritema necrotizante). Neurite pode ocorrer tardiamente.	Nas lesões de ENH há infiltração neutrófilica e vasculite (veias e artérias). No eritema necrotizante há angeíte obliterativa. Os bacilos são fragmentados ou granulosos.	Leucócitos polimorfonuclear. VHS alterado. Gamaglobulina aumentada. IgG, IgM, C_2 e C_3 aumentados. Anemia normocítica e normo-crômica.

Os casos que apresentarem episódios reacionais e/ou seqüelas no momento da alta por cura ou após alta por cura também deverão sair do registro ativo desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para alta, devendo no entanto, continuar a receber a atenção requerida.

Questão 88

a) Caracterize as reações hansênicas mais frequentes na sua prática diária.

_____

_____

_____

b) Descreva os esquemas terapêuticos que você adota para cada tipo (inclusive dosagem) e características da evolução durante o tratamento.

_____

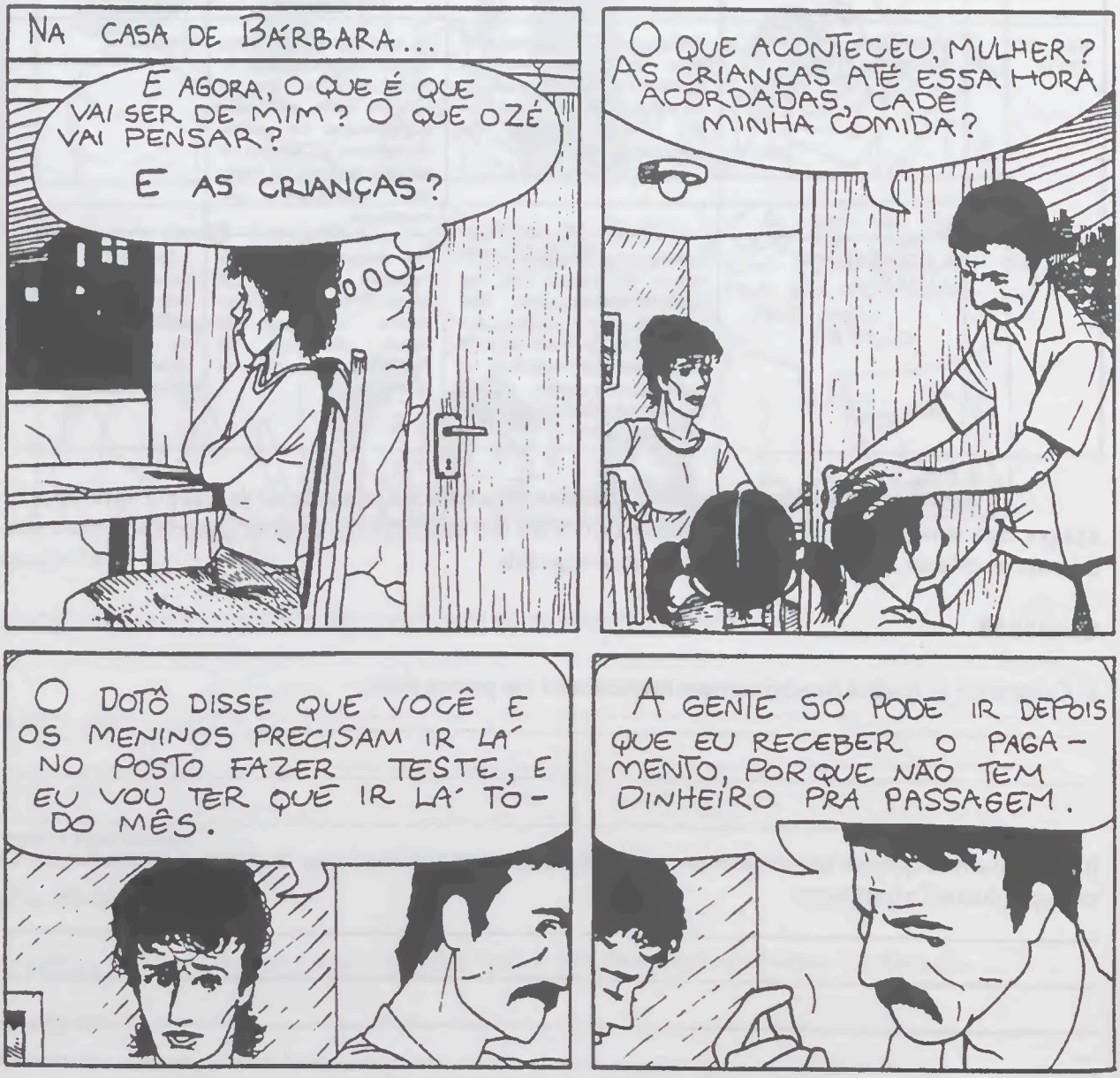
_____

_____

Consulte o Folheto Poliquimioterapia: Tratamento atual da Hanseníase - pag. 6

Questão 89

Reflita sobre as consequências de condutas inadequadas e/ou incompletas em presença de reação hansênica.



"Uma das coisas que aprendi é que se deve viver apesar de. Apesar de, se deve comer. Apesar de, se de amar. Apesar de, se deve morrer. Inclusive muitas vezes é o próprio apesar de, que nos empurra para a frente. Foi o apesar de, que me deu uma augústia que insatisfeita foi a criadora de minha própria vida."

(Uma aprendizgem ou o Livro dos Prazeres - Clarice Lispector)

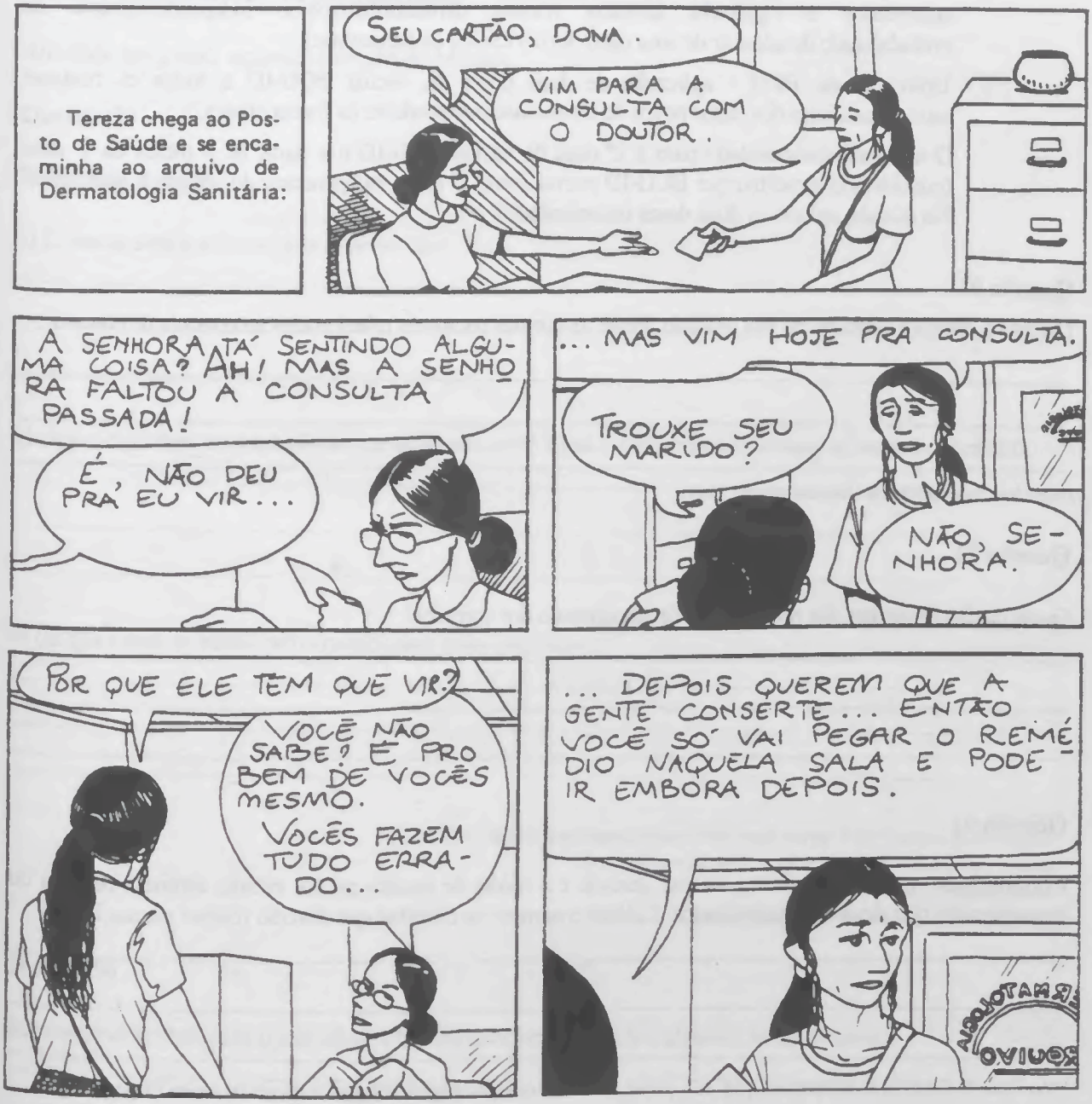
Questão 90

Qual a conduta adotada em seu local de trabalho, em relação aos comunicantes intradomiciliares de indivíduos portadores de hanseníase?

_____

_____

_____



Vigilância dos Contatos

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurológico dos mesmos obedecendo aos seguintes critérios:

1. Exame a todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas. Após o exame o contato indene será liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e retorno ao serviço, se necessário.
2. Utilização do teste de Mitsuda - não é necessária nos contatos, já que esses devem ser igualmente submetidos à vigilância sanitária (exame dermatoneurológico independentemente da probabilidade de adoecer de uma outra forma clínica da hanseníase).
3. Utilização do BCG - aplicação de duas doses da vacina BCG-ID a todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase independente da forma clínica.

   O intervalo recomendado para a 2ª dose da vacina BCG-ID é a partir de 6 meses da 1ª dose (considerada a cicatriz por BCG-ID prévia como 1ª dose, independente do tempo de aplicação). Na dúvida, aplicar as duas doses recomendadas.

Questão 91

Discuta a conduta adotada em sua unidade, frente as normas nacionais relacionadas ao controle de contatos.

_____

_____

_____

(Ver Guia de Controle da Hanseníase pág. 118)

Questão 92

Quais os determinantes das dificuldades de atendimento dos contatos?

_____

_____

_____

Questão 93

Considerando os pacientes novos em sua unidade e a média de família no seu estado, estime o número de comunicantes que devem ser examinados. Calcule o número de contatos que deverão receber vacina BCG.

_____

_____

_____

(Ver Guia de Controle da Hanseníase, pág. 131, para o cálculo de contato e página 118, para o cálculo da vacina BCG)

Questão 94

De que forma o controle de contatos pode ser enfatizado em consultas subseqüentes?

_____

_____

_____

Prevenção e Tratamento de Incapacidades

Atividade em grupo, aguarde instrução do Monitor.

Questão 95

Relate para o grupo:

a) Como se sentiu ao viver esta experiência?

_____

_____

_____

b) O que descobriu com relação as partes do seu corpo (qual a mais presente, a mais ou menos utilizada)?

_____

_____

_____

c) De que forma se sentiu como participante desta experiência?

_____

_____

_____

"Teus dedos lentamente buscaram meu corpo e o tocaram suavemente.
De repente - de noite que eu era, tornei-me luz, manhã
Meu corpo amanheceu"
(Meu corpo amanheceu - Marilza Ribeiro)

Questão 96

Que repercussão tem para o indivíduo, a limitação de sensibilidade a algumas áreas do corpo?

_____

_____

_____

"Eu trabalho em prevenção de incapacidade lá no Centro de Saúde, e fiquei muito emocionada com um fato que aconteceu.

Eu tinha um paciente que andava deprimido, faltando às consultas e ele me disse que era porque não estava tendo relação com a esposa. Perguntei porque e ele me respondeu que ele sempre gostou de fazer muito carinho e que agora ele não sentia mais nada nas mãos quando acariciava a mulher.

Na consulta seguinte, ele veio acompanhado dela como eu tinha pedido, e eu conversei com os dois, como a psicóloga lá do serviço tinha me orientado. Perguntei o que ela sentia quando ele a acariciava, ela disse que gostava muito, mas que ele vinha evitando ela, eu expliquei os motivos, o problema dele mas que ele não precisava se afastar dela, principalmente porque ele dava prazer a ela.

Quando eu pedi pra ele fazer carinho nela os olhos dos dois se encheram de lágrimas e acabamos chorando os três".

(Enfermeira - Pará/1986)

Questão 97

Analise as tabelas

AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE NOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, RESIDENTES, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL PARA FINS DE TRATAMENTO E UNIDADE FEDERADA BRASIL - 1993

UF	PAUCIBACILARES					MULTIBACILARES					TOTAL CASOS NOVOS				
	AVALIADOS		Ñ AVALIADOS		TOTAL	AVALIADOS		Ñ AVALIADOS		TOTAL	AVALIADOS		Ñ AVALIADOS		TOTAL CASOS
	Nº	%	Nº	%	PB	Nº	%	Nº	%	PB	Nº	%	Nº	%	NOVOS
BRASIL	7797	87	1151	13	8948	20736	86	3304	14	24040	28533	86	4455	14	32988
NORTE	2175	95	121	5	2296	6081	94	384	6	6465	8256	94	505	6	8761
RO	251	96	10	4	261	956	65	52	5	1008	1207	95	62	5	1269
AC	71	100	-	-	71	235	100	1	-	236	306	100	1	-	307
AM	533	96	22	4	555	889	96	33	4	922	1422	96	55	4	1477
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	611	100	-	-	611	1905	100	2	-	1905	2516	100	-	-	2516
AP	60	98	1	2	61	91	98	296	2	93	151	98	3	2	154
MA	649	88	88	12	737	2005	87	296	13	2301	2654	87	384	13	3038
NORDESTE	2033	87	295	13	2328	3706	84	704	16	4410	5739	85	999	15	6738
PI	278	81	67	19	345	486	74	168	26	654	764	76	235	24	999
CE	423	93	32	7	455	818	93	61	7	879	1241	93	93	7	1334
RN	53	93	4	7	57	79	87	12	13	91	132	89	16	11	148
PB	95	79	25	21	120	152	66	79	34	231	247	70	104	30	351
PE	655	91	61	9	716	1074	83	217	17	1291	1729	86	278	14	2007
AL	38	75	13	25	51	58	70	25	30	83	96	72	38	28	134
SE	73	57	56	43	129	105	65	57	35	162	178	61	113	39	291
BA	418	92	37	8	455	934	92	85	8	1019	1352	92	122	8	1474
SUDESTE	1836	89	225	11	2061	6255	89	784	11	7039	8091	89	1009	11	9100
MG	165	100	-	-	165	2794	100	7	-	2801	2959	100	7	-	2966
ES	61	55	49	45	110	395	53	354	47	749	456	53	403	47	859
RJ	624	87	96	13	720	1387	85	241	15	1628	2011	86	337	14	2348
SP	986	92	80	8	1066	1679	90	182	10	1861	2665	91	262	9	2927
SUL	334	93	24	7	358	965	93	76	7	1041	1299	93	100	7	1399
PR	229	91	24	9	253	649	90	73	10	722	878	90	97	10	975
SC	69	100	-	-	69	199	100	-	-	199	268	100	-	-	268
RS	36	100	-	-	36	117	98	3	3	120	153	98	3	2	156
C.OESTE	1419	74	486	26	1905	3729	73	1356	27	5085	5148	74	1842	26	6990
MT	511	60	343	40	854	1073	56	852	44	1925	1584	57	1195	43	2779
MS	165	85	29	15	194	249	77	76	23	325	414	80	105	20	519
GO	493	88	69	12	562	1879	88	256	12	2135	2372	88	325	12	2697
TO	191	90	21	10	212	283	75	92	25	375	474	81	113	19	587
DF	59	71	24	29	83	245	75		25	325	304	75	104	25	408

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS 22/11/94

PERCENTUAL DE CASOS NOVOS AVALIADOS QUANTO AO GRAU DE INCAPACIDADE, SEGUNDO UNIDADE FEDERADA
BRASIL - 93

UF	TOTAL DE CASOS NOVOS	AVALIADOS		NÃO AVALIADOS/NÃO INFORMADOS	
		Nº	%	Nº	%
BRASIL	32988	28533	86	4455	14
NORTE	8761	8256	94	505	6
RO	1269	1207	95	62	5
AC	307	306	100	1	-
AM	1477	1422	96	55	4
RR	...	...	...	...	...
PA	2516	2516	100	-	-
AP	154	151	98	3	2
MA	3038	2654	87	384	13
NORDESTE	6738	5739	85	999	15
PI	999	764	76	235	24
CE	1334	1241	93	93	7
RN	148	132	89	16	11
PB	351	247	70	104	30
PE	2007	1729	86	278	14
AL	134	96	72	38	28
SE	291	178	61	113	39
BA	1474	1352	92	122	8
SUDESTE	9100	8091	89	1009	11
MG	2966	2959	100	7	-
ES	859	456	53	403	47
RJ	2348	2011	86	337	14
SP	2927	2665	91	262	9
SUL	1399	1299	93	100	7
PR	975	878	90	97	10
SC	268	268	100	-	-
RS	156	153	98	3	2
C.OESTE	6990	5148	74	1842	26
MT	2779	1584	57	1195	43
MS	519	414	80	105	20
GO	2697	2372	88	325	12
TO	587	474	81	113	19
DF	408	304	75	104	25

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DETOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS 22/11/94

Questão 98

a) A que você atribui este percentual de doentes avaliados e incapacidades encontradas nos serviços de saúde?

_____

_____

_____

"... Temos disfarçado com falso amor a nossa indiferença e a nossa indiferença é a nossa angústia disfarçada. Temos disfarçado com o pequeno medo, o grande medo maior, e por isso nunca falamos do que realmente importa."
(O Livro dos Prazeres ou uma Aprendizagem - Clarice Lispector)

"Num contingente de '197.588' * brasileiros que se encontram com hanseníase, é marcante termos um número significativo destes com incapacidades físicas e psicológicas.

Isso nos coloca frente a duas questões fundamentais a serem resolvidas:

- Extensão de cobertura das medidas de prevenção de incapacidades físicas pela aplicação de técnicas simples.
- Reabilitação física.

Para consecução desses objetivos é importante que o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de incapacidades andem indissoluvelmente juntos.

Sendo assim, é preciso avaliar corretamente o doente desde a primeira consulta, se há ou não algum grau de incapacidade, encaminhando-o para orientações e prevenção de incapacidades desde esse primeiro momento.

A prevenção precoce pressupõe medidas extremamente eficazes, simples, podendo ser discutidas com o doente e sua família na consulta e fora dela, nas práticas de educação em saúde.

É necessário o registro desses dados corretamente, para produção de indicadores que permitam avaliar e acompanhar o programa, adequando-o constantemente à realidade da evolução da doença em nosso país".(**)

b) Com o indicador construído (questão 68) analise a proporção de casos com incapacidade avaliados.

Questão 99

a) Na sua unidade quais as incapacidades mais freqüentemente encontradas?

_____

_____

_____

b) Que medidas podem ser adotadas para prevenir estas incapacidades?

_____

_____

_____

"Ah! Quanta dor vejo em teus olhos
Quanto pranto em teu sorriso
Tão vazias tuas mãos
De onde vens assim cansado
De que dor, de qual distância
De que terras, de que mar..."
(Dorival Caymi, Nelson Mota)

* Dados CNDS/CENEPI/FNS/MS 1993
(**) Oficina de Trabalho sobre reabilitação física e social da hanseníase. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1986.

Na casa de Bárbara...

Bárbara, sentada há 4 horas costurando. Pára mais uma vez o serviço, confundindo os pontos. Debruça na máquina e coça os olhos embaçados.

Não tem conseguido dar conta das encomendas. Assim vai perdendo as freguesas. Sem contar as que já se afastaram porque souberam de sua doença.

Bárbara quer continuar a costura, parece que tem areia nos olhos. Lacrimejam tanto... Como fazer? Precisa tanto desse dinheiro... O marido dificilmente tem trazido algum para casa. Ouve barulho na porta. É José chegando. Passa e resmunga com Bárbara. Resmunga, bebe, briga... Queria alegria estampada no rosto de Bárbara!

"Moreninha, se eu te encontrasse
na varanda costurando,
e me recebesse sorrindo
Que lindo! Que lindo!"
(Modinha Popular)

Questão 100

Com base nos sintomas de Bárbara qual sua hipótese diagnóstica e que conduta você adotaria?

_____

_____

_____

Técnicas Simples de Prevenção e Tratamento dos Comprometimentos Oculares

COMPROMETIMENTO OCULAR	SINAIS E SINTOMAS	TÉCNICAS SIMPLES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO
1. Entrópio	- ardor - sensação de corpo estranho ou - areia nos olhos - epífora	- lubrificação artificial - proteção ocular diurna e noturna - cirúrgico
2. Triquíase	- ardor - sensação de corpo estranho ou areia - hiperemia conjuntival - lacrimejamento - ceratite superficial	- retirada manual dos cílios - lubrificação artificial com colírio - cirúrgico
3. Conjuntivite	- hiperemia conjuntival - lacrimejamento - fotofobia - prurido ocular - ardor - secreção	- higiene ocular com soro fisiológico ou água fervida gelada - colírio antibiótico
4. Esclerite	- hiperemia modular conjuntival localizada - dor ao movimentar o olho	- higiene ocular - colírio corticóide - controle da pressão intra-ocular
5. Úlcera de córnea	- dor ocular - fotofobia - lacrimejamento - visão embaçada - hiperemia localizada - córnea leitosa	- limpeza ocular - curativo oclusivo - lubrificação artificial - pomada epitelizante - encaminhamento ao oftalmologista
6. Iridociclite	- dor ocular intensa - diminuição brusca da acuidade visual - miose e pupila irregular - hiperemia peri-corneana - fotofobia - lacrimejamento - às vezes aumento da pressão intra-ocular (PIO)	- analgésicos - controle da PIO - colírio corticóide - colírio midriático - encaminhamento urgente ao oftalmo-logista
7. Dificuldade de ocluir a pálpebra	- diminuição da força muscular - ressecamento de córnea - ardor - lacrimenjamento - prurido pela manhã - hiperemia conjuntival inferior - sensação de corpo estranho	- lubrificação artificial - proteção diurna e noturna - exercícios - orientação para piscamento freqüente - cirúrgico
8. Ressecamento de córnea	- ardor - sensação de areia - prurido - teste de Schirmer < 10mm - ceralite superficial	- lubrificação artificial com colírio e pomada - tratamento cirúrgico das causas - orientação para o piscamento fre-qüente - auto-exame - proteção diurna

OBS: Todos estes comprometimentos precisam ser referidos à unidade de maior complexidade, quando houver dificuldade diagnóstica.

Consulte Manual de Prevenção de Inacapcidades e o Guia de Controle da Hanseníase p. 105 e 106.

CUIDADOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS COMPROMETIMENTOS NASAIS

COMPROMETIMENTO	SINAIS E SINTOMAS	CUIDADOS
Infiltração de septo, mucosa e úlcera	Hipersecreção e crostas	- Higiene do nariz - Hidratação - Retirada de crostas com emoliente - Tratamento de estado reacional

Questão 101

Analise o atendimento.

_____

_____

_____

Questão 102

Discuta sua conduta frente aos sintomas relatados por Joana:

_____

_____

_____

"... A mão que toca um violão
se for preciso vai a guerra"
se preciso vai a luta, capoeira..."
(Viola Enluarada - Marcos e Paulo Sérgio Valle)

Os nervos periféricos dos membros superiores e inferiores mais freqüentemente lesados na hanseníase são: o ulnar, o mediano, radial o fibular comum e tibial posterior ocorrendo alterações de fibras sensitivas, motoras e autônomas.

As conseqüências do comprometimento desses nervos são: hipoestesia ou anestesia da mão e/ou pé, perda da força muscular, e anidrose.

Essas alterações podem ser responsáveis por uma série de traumatismo que costumam ocorrer durante as atividades da vida diária e que necessitam ser evitados e devidamente cuidados.

Para isso é necessário que o portador seja orientado quanto aos cuidados com as mãos e os pés, que consistem em:

- examinar mãos e pés diariamente, à procura de primeiros sinais de lesões, tais como: dor localizada à pressão profunda; sinais de processo inflamatório; hematoma; sinais de calosidade, queimaduras e controle dos comprometimentos já existentes;
- cortar as unhas, sempre que necessário, com cuidado para não se ferir;
- higiene corporal diária, secando bem entre os dedos;
- após a hidratação de mãos e pés, aplicar substância oleosa sobre a pele úmida e estimular a circulação, melhorar retrações a partir do antebraço e/ou perna massageando estas regiões;
- não andar descalço, usar calçado adequado sem pregos ou saliências que possam causar ferimentos;
- adaptar os instrumentos de trabalho, prolongamento dos cabos de panela e talheres, uso de almofadas de pano para objetos quentes, uso de luvas grossas, uso de galochas para trabalhar no campo;
- caminhar com passos curtos e lentos. Em longas caminhadas, fazer intervalo de descanso a cada 10 minutos.

"Para isso fomos feitos:
Para lembrar e ser lembrados
Para chorar e fazer chorar
Para enterrar nossos mortos
Por isso temos braços longos para os adeuses
Mãos para colher o que foi dado
Dedos para cavar a terra (...)"
(Poema de Natal - Vinícius de Moraes)

Em virtude de supervisão no setor de Dermatologia Sanitária do Centro Municipal de Saúde de Acirema do Sul foram sorteadas algumas fichas para avaliação das condutas adotadas para prevenção e tratamento de incapacidades.

COMPROMETIMENTOS MAIS FREQÜENTES	MEDIDAS DE PREVENÇÃO/TRATAMENTO
1. Paresia e anestesia	- adaptação de instrumentos de trabalho e vida diária. - modificação de calçado.
2. Pele seca	- hidratação - lubrificação - massagens
3. Neurites	- Imobilização - aplicação de calor - anti-inflamatórios/corticoterapia - descompressão cirúrgica de troncos nervosos
4. Paresia e Paralisia	- Hidratação - lubrificação - massagens - exercícios passivos e ativos - férulas estáticas e dinâmicas - transposição cirúrgica de tendões

"Essa coisa dessa doença é muito esquisita. Não sei...
Dizem que tem cura. Eu me sinto bem, mas tenho que ir sempre ao médico.
Não posso voltar pro trabalho, não posso passar um tempo longo fora, tenho que tomar remédio sempre, todo dia, e pelo jeito a vida toda.
Não sei, é feito ter uma loucura sem tá doido":
(Portador de Hanseníase Virchowiana - Centro Municipal de Guadalupe - Rio de Janeiro)

Questão 103

No momento da alta por cura qual a percentagem de casos com seqüelas (grau II e III), entre os pacientes que foram incluídos em P.Q.T. no seu local de trabalho (coorte) multibacilares e paucibacilares?

Compare com os dados das U.F. apresentados nas tabelas a seguir e com os parâmetros estabelecidos nacionalmente.

GRAU DE INCAPACIDADE POR OCASIÃO DA CURA DOS CASOS PAUCIBACILARES DETECTADOS EM 1992 POR UNIDADE FEDERADA BRASIL - 1993

UF	GRAU DE INCAPACIDADE POR OCASIÃO DA CURA DE PAUCIBACILARES									
	GRAU 0		GRAU I		GRAUS II E III		SUBTOTAL AVALIADOS	Ñ AVALIADO/ Ñ INFORMADO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%	%
BRASIL	2472	86	235	8	159	6	2866	1203	30	4069
NORTE	853	90	52	5	44	5	949	173	15	1122
RO	80	92	1	1	6	7	87	19	18	106
AC	58	87	7	10	2	3	67	1	1	68
AM	286	90	19	6	14	4	319	4	1	323
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	414	90	25	5	21	5	460	144	24	604
AP	15	94	-	-	1	6	16	5	24	21
MA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
NORDESTE	396	79	57	11	51	10	504	464	48	968
PI	20	31	28	43	17	26	65	127	66	192
CE	175	87	10	5	16	8	201	4	2	205
RN	16	70	3	13	4	17	23	3	12	26
PB	18	95	1	5	-	-	19	182	91	201
PE	..	...	...	...	...	...	...	...	...	...
AL	...	...	...	..	...	...	...	..	...	...
SE	50	91	2	4	3	5	55	50	48	105
BA	117	83	13	9	11	8	141	98	41	239
SUDESTE	621	86	73	10	30	4	724	233	24	957
MG	...	...	...	...	...	...	...	..	...	..
ES	13	93	-	-	1	7	14	70	83	84
RJ	213	91	15	6	5	2	233	101	30	334
SP	395	83	58	12	24	5	477	62	12	539
SUL	65	72	16	18	9	10	90	26	22	116
PR	65	74	14	16	9	10	88	9	9	97
SC	...	...	...	...	...	...	...	...	..	...
RS	-	-	2	100	-	-	2	17	89	19
C.OESTE	537	90	37	6	25	4	599	307	34	906
MT	382	89	27	6	22	5	431	197	31	628
MS	22	96	-	-	1	4	23	25	52	48
GO	90	95	4	4	1	1	95	35	27	130
TO	16	80	4	20	-	-	20	43	68	63
DF	17	80	2	3	1	3	30	3	18	33
DF	27	90	2	7	1	3	30	7	19	37

Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, CENEPI/FNS/MS 22/11/94

GRAU DE INCAPACIDADE POR OCASIÃO DA CURA DOS CASOS MULTIBACILARES DETECTADOS EM 1990, POR UNIDADE FEDERADA
BRASIL - 1993

UF	GRAU DE INCAPACIDADE POR OCASIÃO DA CURA DE MULTIBACILARES									
	GRAU 0		GRAU I		GRAUS II E III		SUBTOTAL AVALIADOS	Ñ AVALIADO/ Ñ INFORMADO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%	%
BRASIL	1881	69	519	19	307	11	2707	1321	33	4028
NORTE	713	69	213	21	11	11	1037	217	17	1254
RO	57	70	12	15	13	16	82	11	12	93
AC	59	53	29	26	23	21	111	3	3	114
AM	220	59	107	29	46	12	373	79	17	452
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	365	80	62	14	28	6	455	123	21	578
AP	12	75	3	19	1	6	16	1	6	17
MA	...	...	...	...	...	...	.....	...	...	...
NORDESTE	303	66	89	19	65	14	457	403	47	860
PI	121	81	22	15	7	5	150	197	57	347
CE	70	52	38	28	27	20	135	-	-	135
RN	6	86	-	-	1	14	7	-	-	7
PB	-	-	-	-	-	-	-	33	100	33
PE	...	...	...	...	...	...	..	...	...	...
AL	...	...	...	...	...	...	..	...	...	...
SE	27	64	7	17	8	19	42	39	48	81
BA	79	64	22	18	22	18	123	134	52	257
SUDESTE	365	67	112	21	67	12	544	375	41	919
MG	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
ES	14	93	1	7	-	-	15	212	93	227
RJ	103	61	33	20	33	20	169	73	30	242
SP	248	69	78	22	34	9	360	90	20	450
SUL	90	56	37	23	34	21	161	16	9	177
PR	89	56	37	23	34	21	160	13	8	173
SC	..	...	...	...	...	...	...	...	...	...
RS	1	100	-	-	-	-	1	3	75	4
C.OESTE	410	81	68	13	30	6	508	310	38	818
MT	201	81	33	13	14	6	248	162	40	410
MS	31	66	9	19	7	15	47	27	36	74
GO	103	85	15	12	3	2	121	82	40	203
TO	10	83	1	8	1	8	12	10	45	22
DF	65	81	10	13	5	6	80	29	27	109

Fonte: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, CENEPI/FNS/MS 22/11/94

Percentagem de casos paucibacilares curados com seqüelas = (Casos paucibacilares detectados no ano da coorte e que curaram com grau de incapacidade II e III) / (Casos paucibacilares detectados no ano da coorte com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura) X 100

Parâmetros: Alto ≥ 20%
Médio 10 ⊢ 20%
Baixo < 10%

Percentagem de casos multibacilares curados com seqüelas = (Casos multibacilares detectados no ano da coorte e que curaram com grau de incapacidade II e III) / (Casos multibacilares detectados no ano da coorte com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura) X 100

Parâmetros: Alto ≥ 20%
Médio 10 ⊢ 20%
Baixo < 10%

Questão 104

Formule uma proposta capaz de modificar positivamente a situação encontrada.

Consulte Guia de Controle da Hanseníase - Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas (pág. 105 - 115)

"Viva
você reaprendeu
a viver sem sentir dor
a lidar com ferro e fogo
sem sentir o seu ardor
a olhar de novo o céu
a caminhar pelo chão
a viver de novo o amor
a segurar pelas mãos
os destinos deste mundo
aprenda de novo a sonhar
comece outra vez a viver".
(Célia Rolim de Castro - enfermeira - Ceará - 1993)

Questão 105

Qual a interferência do tratamento longo na esperança de cura para o portador de hanseníase?

_____

_____

_____

Consultar o anexo 1 - 1.1, 1.2 e 1.3, pag. 127

Questão 106

Que critérios você utiliza para considerar um paciente curado segundo a classificação operacional?

_____

_____

_____

" Para compreender e lidar melhor com sua doença, o portador de hanseníase precisa conhecer também os critérios de alta de acordo com sua forma clínica."

Questão 107

a) Discuta esta afirmativa

_____

_____

_____

CRITÉRIOS PARA ALTA

" O paciente obtém alta por cura ao completar as doses preconizadas, não necessitando ficar sob vigilância do serviço de saúde.

Pacientes da forma paucibacilar farão 6 doses de PQT em até 9 meses de tratamento e os pacientes da forma multibacilar farão 24 doses de PQT em até 36 meses, desde que não ocorram 4 faltas consecutivas, o que implicará em reinício de tratamento.

A presença de reações não impede a alta, o mesmo se aplicando para a presença de seqüelas.

Ao final das 24 doses, o paciente multibacilar poderá apresentar baciloscopia positiva com bacilos fragmentados, ou seja, sem poder de multiplicação e de transmissão da doença, o que também não impede a alta, visto que a eliminação de restos bacilares deve-se ao sistema imunológico do indivíduo e não da administração de medicamentos por um tempo mais prolongado.

Deve-se ter especial atenção aos estados reacionais que poderão ocorrer também após a alta e provocar seqüelas. Os pacientes devem ser exaustivamente esclarecidos sobre estados reacionais que poderão ocorrer durante o tratamento ou após a alta, que implicará em retorno imediato ao serviço de saúde para cuidados exclusivos, sem quimioterapia específica. (Ver tratamento de estados reacionais, no folder Poliquimioterapia: tratamento atual de hanseníase. 1993, página 6)

O esclarecimento e a cooperação do paciente são fatores primordiais para o sucesso do tratamento e prevenção de incapacidades."

Poliquimioterapia: tratamento atual de hanseníase - Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde - 1993

b) Que outros critérios de alta podem ser utilizados nos serviços de saúde?

_____

_____

_____

c) Compare as respostas com as orientações descritas no anexo 3, pag. 129.

Questão 108

a) Dos pacientes paucibacilares que iniciaram o tratamento com PQT há mais de 6 meses todos já receberam alta por cura? Porque?

_____

_____

_____

b) Dos pacientes multibacilares que iniciaram o tratamento com PQT há mais de 24 meses todos já receberam alta por cura? Porque?

_____

_____

_____

Questão 109

a) Analise os dados das tabelas abaixo.

SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO, DOS CASOS NOVOS MULTIBACILARES, RESIDENTES, DETECTADOS EM 1990, POR UNIDADE FEDERADA
BRASIL - 1993

UF	CASOS MULTIBACILARES INCLUÍDOS EM PQT/OMS/SITUAÇÃO										
	TOTAL MB	CURADOS		ÓBITOS		TRANSF./ OUT.SAÍDAS		EM TRATAMENTO		Ñ ATENDIDO Ñ INFORMADO	
	PQT/OMS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brasil	7885	3555	45	64	1	291	4	2498	32	1477	19
Norte	1725	1124	65	12	1	76	4	211	12	302	18
RO	163	66	40	2	1	27	17	45	28	23	14
AC	189	114	60	1	1	-	-	16	8	58	31
AM	806	420	52	8	1	40	5	127	16	211	26
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	550	517	94	1	-	8	1	17	3	7	1
AP	17	7	41	-	-	1	6	6	35	3	18
MA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
NORDESTE	1573	845	54	19	1	115	7	425	27	169	11
PI	398	347	87	-	-	1	-	18	5	32	8
CE	182	135	74	3	2	13	7	15	8	16	9
RN	27	7	26	1	4	1	4	18	67	-	-
PB	332	33	10	1	-	34	10	193	58	71	21
PE	...	...	...	...	...	-	...	...	...	...	...
AL	...	...	...	..	..	...	...	...	...	..	...
SE	103	81	79	-	-	1	1	20	19	1	1
BA	531	242	46	14	3	65	12	161	30	49	9
SUDESTE	2317	777	34	11	1	21	1	1071	46	437	19
MG	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
ES	454	190	42	1	-	11	2	167	37	85	19
RJ	718	189	26	1	-	4	1	258	36	266	37
SP	1145	398	35	9	1	6	1	646	56	86	8
SUL	616	134	22	5	1	28	5	368	60	81	13
PR	615	133	22	5	1	28	5	368	60	81	13
SC	...	...	...	...	...	-	...	...	...	...	...
RS	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
C.OESTE	1654	675	41	17	1	51	3	423	26	488	30
MT	757	369	49	13	2	30	4	223	29	122	16
MS	163	61	37	-	-	-	-	50	31	52	32
GO	440	137	31	-	-	11	3	27	6	265	60
TO	140	19	14	1	1	6	4	93	66	21	18
DF	154	89	58	3	2	4	3	30	19	28	18

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS 22/11/94

SITUAÇÃO EM 31 DE DEZEMBRO, DOS CASOS NOVOS PAUCIBACILARES, RESIDENTES, DETECTADOS EM 1992, POR UNIDADE FEDERADA BRASIL - 1993

UF	TOTAL PB PQT/OMS	CASOS PAUCIBACILARES INCLUÍDOS EM PQT/OMS/SITUAÇÃO									
		CURADOS		ÓBITOS		TRANSF./ OUT.SAÍDAS		EM TRATAMENTO		Ñ ATENDIDO Ñ INFORMADO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brasil	6459	3743	58	22	-	209	3	1433	22	1052	16
Norte	1651	1076	65	3	-	57	3	251	15	264	16
RO	207	86	42	1	1	35	17	41	20	44	21
AC	120	68	57	-	-	1	1	29	24	22	18
AM	488	320	66	-	-	5	1	52	11	111	23
RR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
PA	818	593	72	2	-	16	2	124	15	83	10
AP	18	9	50	-	-	-	-	5	28	4	22
MA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
NORDESTE	1486	923	62	7	1	109	7	343	23	104	7
PI	229	192	84	2	1	11	5	1	-	23	10
CE	242	205	85	1	-	10	4	7	3	19	8
RN	39	26	67	1	3	2	5	3	8	7	18
PB	488	162	33	2	-	57	12	237	49	30	6
PE	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
AL	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
SE	127	105	83	-	-	1	1	16	13	5	4
BA	361	233	65	1	-	28	8	79	22	20	6
SUDESTE	1547	851	55	6	-	8	1	349	23	333	22
MG	...	...	...	...	...	...	..	...	...	...	...
ES	146	80	55	1	1	3	2	21	14	41	28
RJ	642	253	39	-	-	3	1	138	21	248	39
SP	759	518	68	5	1	2	-	190	25	44	6
SUL	313	108	35	2	1	4	1	138	44	61	19
PR	294	95	32	2	1	4	1	133	45	60	20
SC	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
RS	19	13	68	-	-	-	-	5	26	1	5
C.OESTE	1462	785	54	4	-	31	2	352	24	290	20
MT	925	563	61	2	-	11	1	218	24	131	14
MS	124	24	19	-	-	1	1	37	30	62	50
GO	229	99	43	1	-	12	5	36	16	81	35
TO	119	62	52	-	-	5	4	45	38	7	6
DF	65	37	57	1	2	2	3	16	25	9	14

FONTE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA/CENEPI/FNS/MS 22/11/94

Percentagem de casos multibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado = $\frac{\text{Casos multibacilares detectados no ano da coorte curados com PQT/OMS ate 31/12 do ano subsequente ao da coorte}}{\text{Casos multibacilares detectados no ano da coorte que iniciaram PQT/OMS}}$ X 100

Parâmetros: Bom ≥ 90%
Regular 75 ⊢ 90%
Precário < 75%

Percentagem de casos paucibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado = $\frac{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da coorte curados com PQT/OMS ate 31/12 do ano subsequente ao da coorte}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da coorte que iniciaram PQT/OMS}}$ X 100

Parâmetros: Bom ≥ 90%
Regular 75 ⊢ 90%
Precário < 75%

b) Consulte o anexo 4, pag. 128

No C.M.S. em Acirema do Sul, seu Delfino sai do consultório do Dr. Roberto com uma luz diferente no olhar.

Jurema, sempre atenta, nota o passo firme, o machucado no pé já cicatrizou.

Foram 6 meses assim por perto.

Abraça seu Delfino que está de alta.

" Quem tem por noite a companheira
Sabe que a paz é passageira
Para defendê-la se levanta
E grita
- Eu vou!!!
Porta bandeira, capoeira
Desfilando vão cantando
Liberdade!!!"
(Viola Enluarada - Marcos e Paulo Sérgio Valle)

Questão 110

Sintetize os principais pontos abordados nesta unidade.

_____

_____

_____

UNIDADE III
ANEXOS

ANEXO 1

Questão 105, pag. 119

2. PROBLEMAS RELACIONADOS AOS ASPECTOS SOCIAIS NAS AÇÕES DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE*

1. ASPECTOS SOCIAIS DO TRATAMENTO

1.1. Aspectos sociais do diagnóstico

- Ocultar do paciente o diagnóstico
- Informar parcial ou distorcidamente o diagnóstico
- Não aceitação do diagnóstico pelo paciente, pela família e pelos segmentos sociais
- Impactos emocionais e sociais com diagnóstico
- Recusa pelo paciente, de aceitar a notificação com conivência do profissional
- Não existência de dados sociais na sugestão de ficha de notificação da CNDS.

1.2. Aspectos sociais durante o tratamento

- Não sistematização de atendimento social de rotina durante o tratamento.
- Não identificação de doentes com risco de abandono decorrente de aspectos sociais para maior atenção ao seguimento do seu tratamento.
- Pouca integração do assistente social na equipe de saúde por falta de conhecimento do seu papel.
- Pouco incentivo a atenção grupal e comunitária.

1.3. Abandono

- Os dados informados como abandono não refletem a realidade por deficiências no sistema de informação: atualmente sob a denominação de abandono estão incluídos óbitos, transferências, altas e doentes em tratamento não informados.
- Despreparo dos profissionais de saúde para orientar o doente e promover a adesividade ao tratamento.
- Desorganização dos serviços que dificulta a identificação e a busca de faltosos.
- Dificuldades de acesso ao serviço.
- Falta de recursos materiais e financeiros nos serviços dificultando ações frente ao abandono.
- Falta de motivação e/ou compromisso com trabalho por parte dos profissionais.
- Ausência de orientação ao paciente em alguns serviços quanto a estados reacionais e efeitos colaterais.

* Aspectos sociais nas Ações de Controle e Eliminação de Hanseníase - Grupo Tarefa Aspectos Sociais - CNDS - 1994.

ANEXO 2

Questão 67, pag. 82

ESTIMATIVAS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

Descrever o comportamento de um fenômeno através do tempo e verificar a existência de tendências que estão entre os principais objetivos da análise de séries temporais.

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária vem utilizando o estudo de tendência da hanseníase com o objetivo de conhecer o comportamento epidemiológico da endemia e planejar atividades de controle.

Para cada unidade federada toma-se a série histórica dos coeficientes de detecção e elabora-se modelos estatísticos que fornecem previsões do número de casos a serem detectados.

Deve-se comparar o número de casos novos detectados anualmente por unidade federada, e respectivos coeficientes de detecção, com o número de casos previstos pelo estudo. Este pode estar compreendido entre dois valores extremos, os extremos do intervalo de confiança (limite inferior e limite superior).

Tomando-se o Brasil como unidade de análise observamos que as previsões para 1993 estimaram de 32.224 a 41.124 casos novos, limite inferior e superior, respectivamente. Verificamos que o número de casos novos detectados foi próximo ao número de casos estimados, 32.988, e encontra-se no intervalo de confiança. A análise de tendência no país sugere que a endemia é ascendente com comportamento não homogêneo entre as unidades federadas, no entanto, não se pode afirmar, se o que está sendo observado, reflete questões epidemiológicas ou operacionais.

Destaca-se o estado do Amapá que apresenta tendência decrescente nos próximos anos chegando a zero o número de casos estimados para o ano de 1995. No entanto um incremento de 45% no coefiiciente de detecção foi verificado em 1993 em relação ao observado no ano anterior. Deve-se estar atento quanto à variabilidade dos coeficientes de detecção pois fatores operacionais no programa restringem ou ampliam a capacidade de diagnosticar novos casos.

As previsões mostram-se úteis para a programação anual das ações de controle e indicam a importância que a endemia hansênica terá nos próximos anos. A partir da disponibilidade de dados mais recentes e incorporação de novos anos na série histórica o estudo de tendência será atualizado para a produção de novas estimativas.

Questão 107, pag. 120

ANEXO 3

CRITÉRIOS DE ALTA

Alta por cura

- Pacientes que cumpriram os critérios de regularidade e duração do tratamento estabelecidos para tipo de esquema terapêutico e classificação operacional.
- PQT/OMS - PB - 6 doses supervisionadas em até 9 meses.
- PQT/OMS - MB: 24 doses supervisionadas em até 36 meses, sem 4 faltas consecutivas
- Os pacientes classificados clinicamente como HI e HT que tenham feito qualquer esquema terapêutico que não a PQT/OMS e tratado no mínimo 2 anos e não apresentam sinais de atividade clínica ao exame dermatoneurológico, deverão receber alta por cura.
- Os pacientes classificados clinicamente como HV e HD, que tenham feito qualquer esquema terapêutico que não a PQT/OMS e tenham tratado por no mínimo 5 anos e não apresentem ao exame dermatoneurológico sinais de atividade clínica e/ou baciloscopia positiva deverão receber alta por cura.
- Os pacientes que ainda se acham classificados como EOSTQ (deverão receber alta por cura)

Alta Estatística

- Os pacientes que abandonaram o tratamento antes de completar o tempo mínimo ou o número de doses previstas na norma e se acham em paradeiro ignorado há 5 ou mais anos, se multibacilares, ou há 2 ou mais anos, se paucibacilares.
- Os pacientes que se acham em paradeiro ignorado e, de acordo com a tábua de vida, são provavelmente falecidos, levando-se em consideração sua idade e o tempo em que se acham desaparecidos.

Alta por Transferência

- Os pacientes que transferiram residência para outros estados ou para outros países deverão receber alta por transferência

Óbitos

- Os falecidos. (Óbito constatado mediante atestado de óbito ou informação confiável).

Múltiplo Fichamento

- Os casos computados duas ou mais vezes no registro ativo.

Erro diagnóstico

- Os casos registrados erroneamente como hanseníase.

ANEXO 4

Questão 109, pag. 122

USO DE COORTES NA AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE HANSENÍASE

Para avaliação das atividades de controle as unidades de saúde analisam coortes[1] de pacientes com vistas ao estudo da evolução do tratamento após terapêutica específica. A avaliação permite conhecer a efetividade do tratamento e a capacidade que os serviços de saúde têm de curar o paciente com o mínimo de seqüelas possíveis.

Os grupos de paciente são identificados a partir de sua classificação operacional para fins de tratamento, multibacilares e paucibacilares, e ocasião em que ingressam no registro ativo. Periodicamente os dados referentes a estes pacientes são coletados e informações sobre cura, óbito, transferências, múltiplo registro, erro diagnóstico, alta estatística, permanência em tratamento e abandono são atualizadas.

Nos pacientes que receberam alta por cura é fundamental que se verifique a existência de seqüelas.

Indicadores epidemiológicos e operacionais podem ser construídos para subsidiar a avaliação.

1 - O Termo "COORTE" designava as unidades de combate das legiões romanas que eram unificadas pelo uniforme padronizado. Do latim " cohors" (guerreiro).

PARTE II
UNIDADE IV
RECONSTRUÇÃO

"Morder o fruto amargo e não cuspir
mas avisar aos outros quanto é amargo
cumprir o trato injusto e não falhar
mas avisar aos outros quanto é injusto,
sofrer o esquema falso e não ceder
mas avisar aos outros quanto é falso;
dizer também que são coisas mutáveis...
E quando em muitos a noção pulsar
- do amargo e injusto e falso por mudar
então confiar à gente exausta o plano
de um mundo novo e muito mais humano."
("Tarefa" Geir Campos)

Organizando o Serviço

Primeiro Trimestre de 1996

"Mande notícias do mundo de lá
Diz quem fica

Tem gente que chega para ficar
Tem gente que vai prá nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar...
(Encontros e despedidas - Milton Nascimento)

I Encontro Regional de Hanseníase em Acirema do Sul

QUESTÃO 111

Como circulam as informações em sua unidade?

_____

_____

_____

Na abertura do Encontro, Dra. Wanderléia, coordenadora regional do Programa de Controle da Hanseníase, apresentou alguns dados que mostravam a deficiência no controle da endemia.

Principais indicadores epidemiológicos e operacionais utilizados na Avaliação do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase Brasil, macrorregiões - 1993

Indicadores Epidemiológicos e Operacionais	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 100.000 habitantes	21,71	58,65	17,37	14,08	6,17	64,09
Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes	6,00	20,42	4,21	2,81	0,42	15,90
Coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes	13,00	28,05	6,53	11,78	10,56	27,75
Percentagem de casos com deformidade entre os casos novos detectados e avaliados no ano	8	6	7	12	17	5
Percentagem de casos paucibacilares curados com sequelas (Coorte)*	6	5	10	4	10	4
Percentagem de casos multibacilares curados com sequelas (Coorte)*	11	11	14	12	21	6
Percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidade foi avaliado no ano	86	94	85	89	93	74
Percentagem de casos novos detectados que iniciaram poliquimioterapia padrão OMS no ano	95	96	99	94	94	90
Percentagem de casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado	68	76	73	65	65	58
Percentagem de casos em registro ativo não atendidos no ano (abandono)	43	48	30	47	39	37
Percentagem de casos paucibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte)*	58	65	62	55	35	54
Percentagem de casos multibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte)*	45	65	54	34	22	41
Percentagem de casos em registro ativo sob PQT/OMS	54	55	74	48	47	59

* UF sem informação disponível: RR, MA, PE, AL, MG, SC
FONTE: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. CENEPI - Fundação Nacional de Saúde.

QUESTÃO 112

Avalie a situação de controle da endemia hansênica em sua região de atuação

_____

_____

_____

Consultar o Instrumento de Avaliação da CNDS e o anexo 4, pag. 156

Dra. Wanderléia atribui esse quadro aos seguintes fatores:

- piora das condições de vida;
- falta de prioridade do programa;
- insuficiência de recursos humanos e materiais;
- falta de capacitação dos profissionais;
- ausência de divulgação à comunidade sobre os principais aspectos da doença.

Concluiu justificando a realização desse encontro como o primeiro passo para uma reestruturação do Programa.

"... Nas escolas, nas ruas
campos, construções
somos todos iguais
braços dados ou não
aprendendo ensinando
e seguindo a canção,
... Vem vamos embora
que esperar não é saber
quem sabe faz a hora
não espera acontecer..."
(Prá não dizer que não falei das flores - Geraldo Vandré)

Questão 113

Liste os principais problemas encontrados no Programa de Controle de Hanseníase em sua área de atuação

QUESTÃO 114

Como você pode sensibilizar os profissionais de saúde do seu local de trabalho para participarem do processo de reestruturação do Programa de Hanseníase?

_____

_____

_____

QUESTÃO 115

Qual deve ser a participação do portador de hanseníase na reestruturação do Programa?

_____

_____

_____

Em nossa sociedade, a definição e seleção de prioridades representam, em essência, juízos de valor que resultam do jogo de ideologia tanto políticas quanto profissionais daqueles que participam do processo decisório.

Geralmente, somente as necessidades que são canalizadas através da máquina política chegam em realidade a gerar uma verdadeira demanda. Como resultado, pode ocorrer que algumas necessidades de baixa prioridade, por serem de interesse para grupos da população com maior influência no processo decisório, gerem uma forte demanda política, ao passo que outras necessidades percebidas como importantes por grupos menos influentes nunca cheguem a construir uma demanda verdadeira para o sistema de saúde.

Por esta razão a participação popular e controle social são essenciais na organização dos serviços de saúde.

A dinâmica do Encontro estimulou a divisão em sub-grupos e a seleção de temas para serem discutidos:

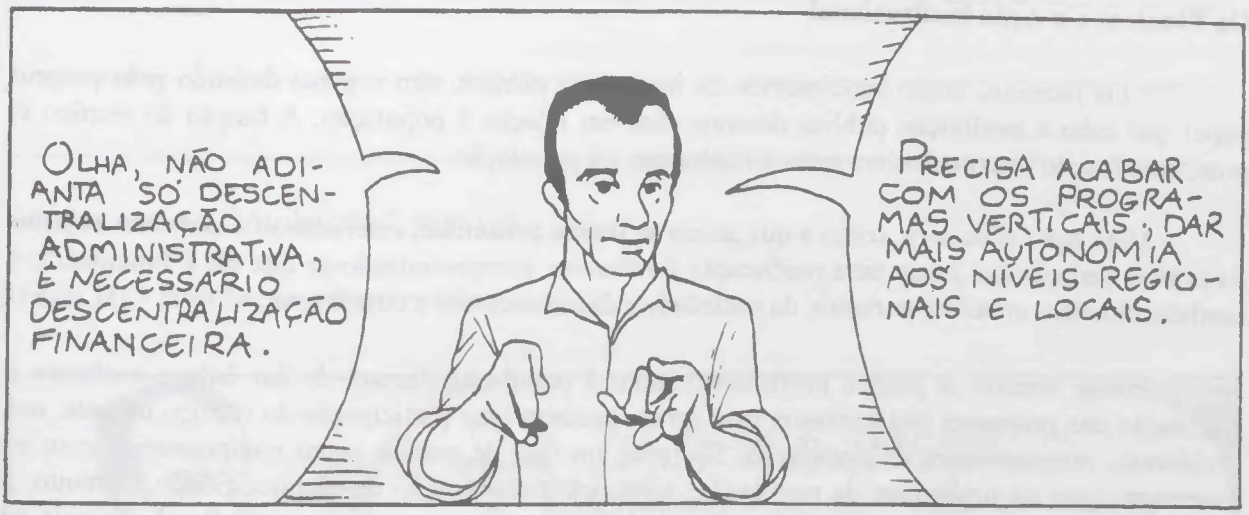
- A municipalização e o SUS
- Recursos humanos e materiais
- Avaliação e supervisão
- Controle social

Grupo I - A Municipalização e o SUS

"... Ao dispor sobre a 'descentralização, com direção única em cada esfera de governo', o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais.

Ao longo do processo de transição democrática a questão da descentralização ganhou força, pela oportunidade que oferece de maior racionalidade e de maior controle social sobre as ações estatais, consolidando-se na Constituição de 1988 com um perfil nitidamente federativo e municipalista."

(SUS, Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei, Ministério da Saúde. SUS, Brasília 1993. pag. 9).



QUESTÃO 116

a) Como está acontecendo ou como se deu a implantação do SUS no seu município?

_____

_____

_____

_____

b) Que elementos você considera fundamentais para concretização de propostas de descentralização em sua área de atuação?

_____

_____

_____

_____

- Ver anexo 1 - As raízes e as razões da proposta de mudança. pag. 151 a 152

GRUPO II - RECURSOS HUMANOS

O Sub-grupo iniciou suas atividades fazendo uma reflexão com base nos textos a seguir:

Reflita:

Os Técnicos e a Ação Institucional

" Os técnicos, como funcionários da instituição pública, têm o papel definido pelo próprio papel que cabe à instituição pública desempenhar em relação à população. A função do técnico é, pois, uma função intermediadora entre a instituição e a população.

Uma ação educativa, como a que acima se tentou conceituar, referindo-se a ambos os sujeitos da prática pedagócica, exige uma reeducação do técnico, compreendendo-se que ele é funcionário e também cidadão, membro, portanto, da sociedade e das classes que a constituem.

Nesse sentido, a prática profissional junto à população deixará de dar ênfase exclusiva à população nas propostas institucionais para serem também uma participação do técnico na vida, nos problemas, nos interesses da população. Somente um tipo de prática assim comprometida com os interesses, com os problemas da população, permitirá a reeducação do técnico. Sendo, portanto, a ação educativa a própria prática profissional, não há como separar a ação profissional exercida na instituição da ação educativa junto à população. Não há dois momentos, um em que se é técnico da instituição e outro em que se é educador-educando. A ação educativa é a prática profissional: todo momento e todo lugar é momento e lugar para se realizar a ação educativa".

(João Bosco G. Pinto - Ação Educativa através do método participativo no setor saúde. In: Ação participativa, metodologia. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982. pg. 15 a 19.)

*"... **Recursos Humanos:** reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de mecanismos de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais; realização de Conferência Nacional sobre Recursos Humanos de Saúde, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde."*

(A proposta de descentralização in: Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Ministério da Saúde, SUS, Brasília 1993. p. 14-15.)

- Consultar se necessário o anexo 2 - Recursos Humanos, pag. 153

E após sua discussão considera-se necessário aprofundar os seguintes assuntos:

QUESTÃO 117

Considerando as recomendações da 9ª Conferência e da Conferência Nacional de Recursos Humanos, que princípios devem nortear uma política de Recursos Humanos?

_____

_____

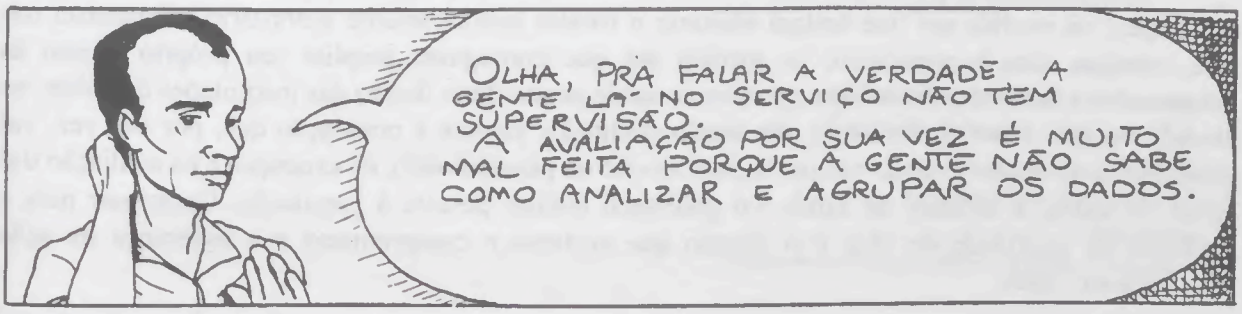
_____

QUESTÃO 118

Com base nas atividades previstas atualmente no programa de controle de hanseníase, liste prioridades relativas a Recursos Humanos.

Consultar anexo 6, "Atribuições", pag. 159

Grupo III - Avaliação e Supervisão



Questão 119

Elabore uma proposta de supervisão e avaliação do programa de controle de hanseníase, para sua área de atuação.

O objetivo da avaliação é melhorar os programas de saúde e a infra-estrutura sanitária para sua execução, além de orientar a distribuição dos recursos entre as atividades já empreendidas ou que podem vir a ser empreendidas no futuro. A avaliação é parte de um processo mais amplo de gestão para o desenvolvimento global das condições de saúde de uma região, constituído por uma série de ações vinculadas entre si, que incluem a formulação de políticas e de programas, bem como, sua execução pelos diversos serviços e instituições. A avaliação e reprogramação necessitam ser sempre apoiadas por um efetivo sistema de informação.

Um instrumento de avaliação bastante utilizado no Brasil é a supervisão, que na nossa prática reduz-se a um mero controle de aplicação de normas e padrões de procedimentos definidos por uma cúpula institucional.

O papel dos supervisores em nossos serviços de saúde, no entanto, deve ser amplamente debatido, a fim de serem encontradas alternativas adequadas às características sociais e técnicas dos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde, A supervisão deve lançar mão de elementos técnico-administrativos que concorram para melhorar a qualidade e eficiência, avaliando, reorganizando e informando.

GRUPO IV - CONTROLE SOCIAL

Este sub-grupo concordou com o relatório da IX Conferência, que diz que controle social é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses e na definição das prioridades e metas dos planos de Saúde.

- Complete com reflexões sobre os 2 textos anexo 3, pag. 154 e 155 "Controle Social". Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde e "Práticas de Gestão" . Documento Básico. GERAS, MS - 1993.

QUESTÃO 120

Leia e discuta as conclusões do grupo.

Na medida em que os profissionais de saúde vão redimensionando o seu papel de aliados da população; na medida em que tentam eliminar o caráter historicamente autoritário-paternalista nas suas relações com a população; na medida em que conseguem ampliar seu próprio acesso às informações e decisões, discutindo questões de saúde comunitária dentro das instituições de saúde; na medida em que estes profissionais vão sendo creditados perante à população que, por sua vez, vai gradativamente estabelecendo canais de participação no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde, a unidade de saúde vai ganhando crédito perante à população. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida é o desafio que sustenta o compromisso e a esperança da ação educativa em saúde.

(Geysa de Freitas Mendonça - Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde. In: Ação Participativa, metodologia. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982, pág. 13)

Encerramento do Encontro Regional de Hanseníase

Os sub-grupos escolheram relatores que apresentaram em plenário as conclusões dos vários temas discutidos e elaboraram um documento final que foi entregue à Coordenadora Regional do Programa.

O tema que mais mobilizou os participantes foi o referente a "Educação em Saúde e Controle Social", por ser uma área pouco valorizada pelos serviços, sendo, no entanto considerado de fundamental importância no controle da doença.

QUESTÃO 121

Elabore uma proposta de educação em saúde, para operacionalização a curto prazo, em sua área de atuação.

_____

_____

_____

- Consulte o Guia de Controle de Hanseníase pg. 120 e 121. Consulte também, o guia metodológico "Ação Participativa, Trabalhando com a Hanseníase" CNDS. FNS - 1994 e a cartilha "Hanseníase".

QUESTÃO 122

a) Discuta estratégias que possam ser adotadas em sua área de atuação, para integração de diferentes setores públicos em atividades comunitárias para controle da hanseníase.

b) Discuta a participação desses setores e do usuário.

"...É assim chegar e partir
São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega é o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida..."
(Encontros e despedidas - Milton Nascimento)

Retornando ao Trabalho

Identificando a situação

"Solto a voz na estrada
Já não posso parar
Meu caminho é de pedra
Como posso sonhar"
(Travessia - Milton Nascimento)

Os representantes do Centro de Saúde de Acirema do Sul, que compareceram ao "I Encontro Regional de Hanseníase", ao voltarem, trocaram impressões sobre o encontro e combinaram convocar uma reunião para a semana seguinte com todos os profissionais da unidade, com o objetivo de discutirem a reestruturação do programa de hanseníase na unidade.

Reunião sobre o 1° Encontro Regional de Hanseníase
Reunião: 15:00 h
Local: auditório

Na semana seguinte

QUESTÃO 123

a) Complete o quadro a seguir considerando as características do seu local de trabalho.

1. População da área de abrangência	
2. Disposição do setor considerando planta física	
3. Recursos humanos categoria profissional	
4. Acesso a unidade	
5. Fluxo do paciente	
6. Atividades educativas considerando características da população	
7. Referência e contra referência	
8. Qualidade do preenchimento de dados	

b) O grupo considerou insuficientes as informações sobre a unidade e resolveu coletar dados necessários para cálculo de indicadores que permitissem uma análise mais ampla do programa.

Indicadores utilizados para avaliação do programa de controle e eliminação da hanseníase - Ver Guia de Controle da Hanseníase, pag. 125 a 130:

Questão 124

Qual o rendimento potencial desse setor, considerando a capacidade instalada?

Capacidade Física	Nº	Horas de ocupação	Rendimento potencial (nº de atendimento/ano)
Consultórios médicos			
Salas de preparo			
Consultórios de enfermagem			
Salas de reuniões			
Salas para prevenção de incapacidades			

1 h ocupação cons. médico = 4 atendimento/hora
1 h ocupação (sala de preparo e de enfermagem) = 4 atendimentos/hora
1 h ocupação sala reunião = 10 pessoas/hora
1 h ocupação sala para prevenção de incapacidade = 2 atendimentos média/hora

Questão 125

a) Dr. Roberto preocupado com os primeiros dados colhidos e sabendo que se acham registrados no serviço 2.140 doentes antigos, dos quais 50% estão classificados nas formas V e D, 29% na T e 21% na forma I, e esperando 2600 atendimentos de 1ª vez e 195 casos novos, organizou o seguinte quadro:

Atividades / Categorias Profissionais	Recursos Humanos Rendimento Potencial	(a) Atendimentos de 1ª vez	(b) Casos novos (concentração) *	(c) Casos antigos (concentração) **	(a+b+c) Atendimentos previstos/ano
Médicos (2)	2 x 16 x 240 = 6.680	2.600	2 x 195 = 390	1 x 1.520 = 1.520	4.510
Enfermeira (1)	1 x 24 x 240 = 5.760	2.600	2 x 195 = 390	1 x 620 = 620	3.610
Auxiliar de Enfermagem (4)	4 x 24 x 240 = 23.040	2.600	5 x 195 = 975	4 x 1.520 = 6.080 4 x 620 = 2.480	12.135

Fonte: Manual de Normas da DNDS/MS

*Casos novos = 3 consultas médicas, 3 consultas de enfermagem e 6 atendimentos por aux. de enfermagem (inclui: pré e pós-consultas, técnica simples de prevenção de incapacidade, visita domicilar e educação e saúde)

** casos antigos = portadores de formas, V, D - 1 consulta médica
(concentração) 1 consulta de enfermagem
4 atendimentos por aux. de enfermagem
portadores de forma T e I 1 consulta médica
1 consulta de enfermagem
4 atendimentos por aux. de enfermagem

* Se necessário consultar novamente anexo 6, pag. 159

b) Preencha o quadro a seguir e calcule a cobertura potencial em seu local de trabalho

$$\frac{\text{Rendimento potencial}}{\text{Atendimento previsto/ano}} \times 100$$

Categorias Profissionais	Recursos Humanos Rendimento Potencial	(a) Atendimentos de 1ª vez	(b) Casos novos (concentração)	(c) Casos antigos (concentração)	(a+b+c) Atendimentos previstos/ano

c) Calcular a cobertura real dessa unidade no último ano, por categoria profissional

$$\frac{\text{Rendimento real}}{\text{Atendimento previsto/ano}} \times 100$$

Emília, no almoxarifado, está tendo dificuldades com os cálculos para avaliar a programação do ano anterior de medicamentos e material. Vamos ajudá-la!!!

Questão 126

a) Proposta de Previsão de Medicamentos - **Esquema da CNDS - PQT/OMS**

DROGA	CASOS PAUCIBACILARES	TOTAL (A)	ESTOQUE EM 31/12 DO ANO ANTERIOR (B)	PRAZO DE VALIDADE	TOTAL A RECEBER (A -B)
Dapsona 100 mg	(100%) _____ x 180 =				
Rifampicina 300 mg	(100%)_____ x 2 caps x 6 meses				
Prednisona 5 mg	(5%) _____ x 315				
Prednisona 20 mg	(6%) _____ x 315				

DROGA	CASOS MULTIBACILARES	TOTAL (A)	ESTOQUE EM 31/12 DO ANO ANTERIOR (B)	PRAZO DE VALIDADE	TOTAL A RECEBER (A -B)
Dapsona 100 mg	(100%) _____ x 365 _____				
Rifampicina 300 mg	(100%)_____ x 2 caps x 12_____				
Clofazimina	Caps. 50 mg - (100%) _____ x 35 caps x 12 meses Caps 100 mg (100%) _____ x 18 caps x 12 meses_____				
Talidomida 100 mg	(32%) x 150 _____				
Prednisona 5 mg	(5%) _____ x 315_____				
Prednisona 20 mg	(6%) _____ x 315_____				

Obs.: A programação acima feita para 6 meses e 1 ano para pacientes pauci e multibacilares não prevê aqueles que tomarão mais de 6 doses e mais de 24 doses.

OBS: O total a receber deve ser calculado subtraindo-se a coluna A menos B.

- Na medida em que houver uma regularidade na previsão e na distribuição de insumos, pode-se utilizar uma memória de cálculo real a partir dos doentes efetivamente atendidos, racionalizando recursos disponíveis para o programa.

- A previsão anual de medicamentos em "blister"é feita seguindo o cálculo abaixo

Nº DE PACIENTES		QUANTIDADE EM BLISTER		TOTAL GERAL DE BLISTER	
PB	MB	PB	MB	PB	MB
		nº pacientes x 6 meses = nº que vai receber	nº pacientes x 12 meses = nº que vai receber		

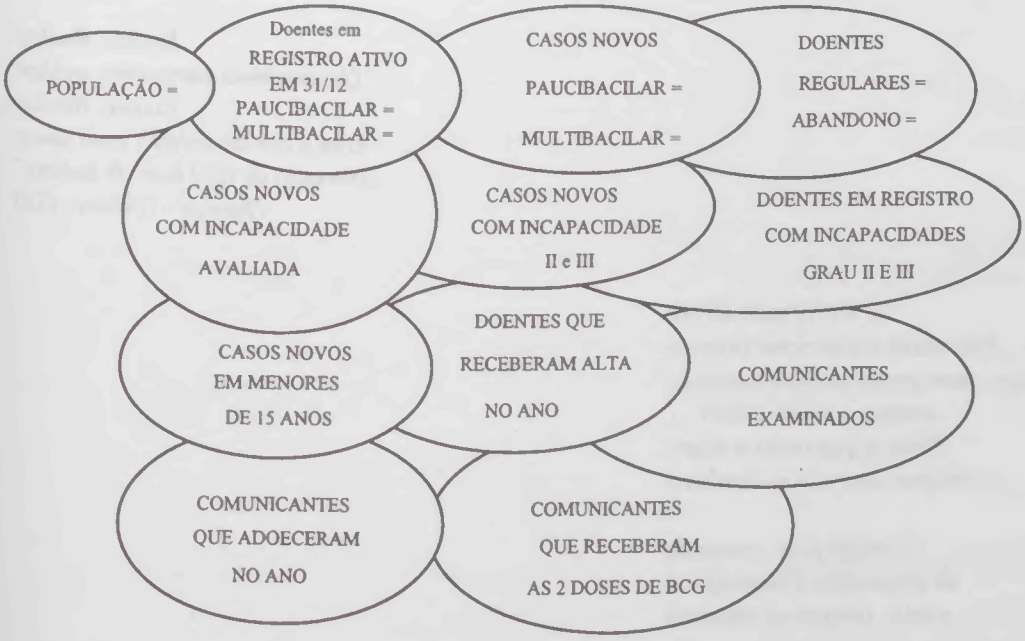
b) Previsão de Outros Materiais de Consumo

ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE DE APRESENTAÇÃO	RENDIMENTO	CÁLCULOS
Tubo de ensaio	Unidade	4/100 exames	Nº de exames para diag. e controle x 4 100 = unid.
Agulha hipodérmica	Unidade	1/1 exame	Nº de exames para diag. e controle x 1 = unid.
Lâmina de bisturi nº 15	Cx com 50	1 cx./50 exames	Nº de exames para diag. e controle 50 = cxs.
Lâmina para bacterioscopia	Cx. com 50	1 cx./50 doentes	idem cxs.
Fucsina	Frasco com 25g	1 frasco/25 exames	Nº de exames para diag. e controle 825 = fr.
Azul de metileno	Frasco com 25g	1 frasco/12.500 exames	Nº de exames para diag. e controle 12.500 = fr.
Álcool	Vidro com 1 litro	1/100 exames	Nº de exames para diag. e controle 100 = litros
Óleo de Cedro	Frasco com 25g	1 frasco/250 exames	Nº de exames para diag. e controle 250 = fr.
Seringa tipo insulina	Unidade	1/1 exame	Nº de doentes novos HI + 50% dos HD = unid.
Lápis com ponta de vídea	Unidade	1/200 exames bacilos-cópicos	Nº de exames neces-sários 200 = unid
Luva*	Unidade	¼ exames	Nº de exames bacilos-cópicos 4 = unid.

* As luvas após utilizadas devem ser reesterilizadas.
Guia de Controle da Hanseníase - 1993 pag. 132

Questão 127

Selecione os indicadores que permitam os profissionais de sua unidade avaliarem o Programa de Hanseníase e colete os dados necessários para calculá-los.



Ao final da análise da situação os profissionais do Centro de Saúde de Acirema do Sul concluiram que para reestruturação e programação seria necessário se dispor de um sistema de informações ágil e fidedigno, para que a tomada de decisões e a planificação, bem como a avaliação das ações de controle de qualquer doença, sejam feitas sobre bases reais.

Programação das atividades de Controle - Guia de Controle da Hanseníase, pag 131

Questão 128

Baseado nos dados e na análise dos indicadores do seu local de trabalho, no levantamento de recursos humanos, previsão de medicamentos, elabore uma proposta e estratégia de operacionalização para reorganização do "Programa de Controle da Hanseníase", tendo em vista o compromisso de eliminação desta endemia, como problema de saúde pública, até o ano 2000.

(Consultar o " Plano de Eliminação da Hanseniáse - 1995-2000", anexo 5, pag. 157 a 158 - trabalhar de acordo com o plano de eliminação do estado).

"Não se incomode
O que a gente pode, pode
O que a gente não pode explodirá
A força é bruta
E a fonte da força e neutra
E de repente a gente poderá
...
Não se impaciente
O que a gente sente, sente
Ainda que não se tente afetará
O afeto é fogo
E o modo do fogo é quente
E de repente a gente queimará
...
Não desespere
Quando, a vida fere, fere
E nenhum mágico interferirá
Se a vida fere
Como a sensação do brilho
De repente a gente brilhará

Realce, Realce
Quanto mais purpurina melhor
Realce, Realce
com a cor do veludo, com amor
com tudo de real teor de beleza"
(Realce - Gilberto Gil)

"O DITO pelo DITO
Pois disse o que achei preciso
dizer, num tempo em que o mundo
ensina a poder calar(...)
Disse o que tinha a dizer,
nem por isso vou-me embora

Contigo fico, cantando
de prontidão. Como é fácil
partir, romper as amarras

Pois eu prefiro ficar
contigo, estrela da terra
não me canso de esperar

Fique de tudo o que dei,
conjugando o verbo amar,
o rastro de uma esperança
que o homem precisa achar.

Fique o dito pelo dito,
nada mais vos tenho a dar"

(Poesia Comprometida com a Minha e a Tua Vida
Thiago de Mello)

UNIDADE IV
ANEXOS

ANEXO 1

Questão 116, pag. 137

AS RAÍZES E AS RAZÕES DA PROPOSTA DE MUDANÇA

"O Brasil é , ainda hoje, exemplo de desigualdade, de injustiça e de exclusão. Mais de dois terços de sua população não dispõe de renda suficiente para assegurar o acesso a condições de vida que respeitem os mínimos direitos da cidadania. Trinta e dois milhões de brasileiros passam fome. Sessenta, em cada mil crianças que nascem, morrem antes de completar um ano de vida. São milhões os brasileiros que estão sujeitos a doenças como tuberculose, malária, esquistossomose, doença de chagas, males inexistentes nas sociedades mais justas. As condições de atenção à saúde da população estão entre as mais precárias.

Em outras palavras, o modelo de desenvolvimento econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas, apresenta como resultado uma população exaurida, vivendo em situação de desigualdade social, num quadro desalentador de recessão e desemprego, que clama por uma solução urgente.

Alguns dos principais traços desse modelo, acentuado pelo regime militar de 1964, podem ser sumarizados:

- profunda centralização de recursos e de poder na esfera federal, determinada pela necessidade de assegurar a sustentação da acumulação capitalista nas sucessivas fases da industrialização;

- concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando enormes desigualdades regionais;

- extrema desigualdade na distribuição da renda;

- ausência de prioridade às ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades básicas da população;

- perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em conseqüência da forte dependência das transferências federais.

Mais recentemente, no bojo da crise desse modelo, políticas de redução do gasto público, adotadas como resposta a crises econômicas recorrentes, têm afetado de modo geral os programas sociais e, em, particular, os da saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor.

Três outros fatores têm contribuído para tornar ainda mais dramático o efeito provocado pela retração do volume de recursos financeiros disponíveis. O primeiro deles, decorrente do reconhecimento da saúde como direito social e da conseqüente ampliação do dever do Estado na Constituição de 1988, consiste na obrigação de prover, para um maior número de pessoas um leque mais diversificado de ações e serviços, o que exige um reordenamento de prioridades ainda não realizados pelos governos.

O segundo, a concomitante elevação dos custos, advinda do aumento da complexidade do trabalho em saúde em resposta a transformações sociais, democráticas, epidemiológicas e do próprio processo de incorporação tecnológica, associado às efetivas necessidades da atenção à saúde.

O terceiro, a má utilização dos recursos, é mais antigo e quase uma tradição no Brasil, podendo ser observado, em suas diversas modalidades, em todas as esferas e níveis de prestação de serviços. Ações governamentais centralizadas e desordenadas, marcadas pela privatização e clientelismo político-partidário; um modelo de atenção centrado na cura da doença e na hospitalização; ausência de prioridade às ações de promoção e prevenção e à provisão de condições sanitárias básicas; inadequação quali-quantitativa da oferta de serviços; inexistência de controles sobre a rede de prestadores de serviços; profissionais desmotivados e não qualificados; desperdício de materiais; uso inadequado de técnicas e equipamentos, entre outros problemas, aliados à precariedade das atividades de regulação e controle dos processos de produção, distribuição e consumo dos produtos de interesse para a saúde, do meio ambiente e do local de trabalho, são certamente co-responsáveis pela ineficácia do sistema de saúde e se refletem em aumento dos gastos ou, melhor dizendo, das perdas do setor saúde.

A mudança deste quadro foi o objetivo que orientou a elaboração dos dispositivos constitucionais que, consagrando a saúde como direito social, estabeleceram os princípios sobre os quais o Estado deveria prover condições para o seu exercício."

As raízes e as razões da proposta de mudança. In. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Ministério da Saúde - 1993 pág. 7 e 8.

ANEXO 2

Questão 116, pag 138

RECURSOS HUMANOS

"A ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação.

No aspecto relativo ao desenvolvimento de RH faz-se necessário que os gestores do SUS, no seu âmbito de competência, ordenem a formação, capacitação e reciclagem de pessoal, executando diretamente estas ações, quando necessário, em uma cooperação técnica e financeira das três esferas de governo.

A constituição de comissão para elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários é uma exigência da Lei 8.142, que deve ser acompanhada para não ser apenas uma formalidade. Os PCCS nos três níveis de governo devem ser buscados no curto prazo.

Outro problema que vem sendo objeto de exaustivas discussões e estudos é a heteronomia salarial, conseqüência da própria história de construção do SUS, onde os trabalhadores do setor saúde mantêm seus vínculos institucionais de origem, agora sob responsabilidade de um mesmo gestor. Apesar disso, ainda não existe uma proposta que apresente uma solução consensual para esta questão.

A IX Conferência Nacional de Saúde remeteu à Conferência Nacional de Recursos Humanos, a ser realizada ainda em 1993, o debate destes e de outros aspectos relacionados com a administração de RH no SUS. Além deste caminho, torna-se imprescindível criar um fórum permanente para acompanhar e deliberar sobre questões imediatas advindas da transferência de pessoal aos estados e municípios, constituída por representantes do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e a representação sindical dos trabalhadores em saúde."

"O financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde."

A proposta de descentralização in: Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. Ministério da Saúde, SUS, Brasília 1993. p. 14-15.

ANEXO 3

Questão 119, pag. 140

TEXTO 1

CONTROLE SOCIAL

A prática do controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania.

Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde.

O fortalecimento das instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a Sociedade é uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso país, face às investidas de interesses privatizantes contrários à distribuição equitativa da renda nacional e dos benefícios sociais.

No campo da Seguridade Social, os Conselhos instituídos pela legislação vigente, com representação do Estado, trabalhadores, usuários, empresários e profissionais do setor são instrumentos privilegiados para o exercício do controle social.

No que diz respeito aos Conselhos de Saúde tem-se observado o não cumprimento efetivo da Lei Orgânica de Saúde sob diversas formas: indicação de representantes dos usuários pelo poder executivo; transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho; não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos; desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos.

Em função desses e outros problemas, torna-se indispensável a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social já existentes.

IX Conferência Nacional de Saúde. Municipalização é o Caminho. Relatório final. Ministério da Saúde. 1993.

TEXTO 2

PRÁTICAS DE GESTÃO

"As práticas de gestão subentendem integração de ações entre os gestores do sistema nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), com articulação permanente entre o MS, CONASS e CONASEMS, através de Comissão Tripartite Intergestores, na esfera federal e, no âmbito de cada Estado, de Comissões Bipartite Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde.

O SUS requer o controle social como mecanismo de gestão na saúde. Tal modelo tem sido debatido e aprofundado em vários documentos técnicos e legais, dentre os quais a Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde é referência obrigatória.

Ao modelo de atenção conformado nos princípios e diretrizes do SUS devem ser portadas metodologias que busquem transformações nas relações entre as equipes de saúde, numa perspectiva integral, bem como nas relações entre os profissionais de saúde, os consumidores de bens e serviços e a população em geral, subsidiando e dinamizando os processos de gestão do setor não só sob o aspecto de deliberação da política de saúde, como também na gestão da qualidade de atenção à saúde, efetivada através da crescente incorporação dos setores organizados da população nas atividades com essa finalidade.

O controle social, portanto,subentende deslocamento efetivo da estrutura de poder, continuidade, institucionalização sob a forma de conselhos e politização das demandas."

Documento Básico, GERAS. Ministério da Saúde 1993. pág. 10

ANEXO 4

Questão 112, pag. 134

Indicadores epidemiológicos e operacionais, e respectivos parâmetros utilizados na avaliação do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADOR	PARÂMETROS ALTO	MÉDIO	BAIXO
1. Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 100.000 habitantes	≥ 10.0/100.000	2,0 ⊢ 10,0/100.000	< 2,0/100.000
2. Coeficiente de detecção de casos novos na população de 0 a14 anos por 100.000 habitantes	≥ 2,5/100.000	0,5 ⊢ 2,5/100.000	< 0,5/100.000
3. Coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes	≥ 5,0/10.000	1,0 ⊢ 5,0/10.000	< 1,0/10.000(*)
4. Percentagem de casos com deformidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano.	≥ 20%	10 ⊢ 20%	< 10%
5. Percentagem de casos paucibacilares curados com sequelas (Coorte)	≥ 20%	10 ⊢ 20%	< 10%
6. Percentagem de casos multibacilares curados com sequelas (Coorte)	≥ 20%	10 ⊢ 20%	< 10%

INDICADORES OPERACIONAIS

INDICADOR	PARÂMETROS BOM	REGULAR	PRECÁRIO
1. Percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidade foi avaliado no ano	≥ 90%	75 ⊢ 90%	< 75%
2. Percentagem de casos novos detectados que iniciaram poliquimioterapia padrão OMS no ano	≥ 98%	80 ⊢ 98%	< 80%
3. Percentagem de casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado	≥ 90%	75 ⊢ 90%	< 75%
4. Percentagem de casos em registro ativo não atendidos no ano (abandono)	< 10%	25 ⊢ 10%	> 25%
5. Percentagem de casos paucibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado	≥ 90%	75 ⊢ 90%	< 75%
6. Percentagem de casos multibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte)	≥ 90%	75 ⊢ 90%	< 75%
7. Percentagem de casos em registro ativo sob PQT/OMS	≥95%	80 ⊢ 95%	< 80%

(*) a meta de eliminação, estabelecida pela OMS para o " Plano de ação para a eliminação da hanseníase nas américas" é de < 1 caso/10.000 habitantes.

ATENÇÃO: TODOS OS INDICADORES DEVEM SER CALCULADOS UTILIZANDO-SE DADOS DE CASOS RESIDENTES NA UNIDADE FEDERADA, INDEPENDENTE DO LOCAL DE DETECÇÃO E/OU TRATAMENTO

ANEXO 5

Questão 128, pag 146

PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL - 1995 - 2000

Introdução

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1991, Genebra, estabeleceu-se o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no mundo até o ano 2.000.

O Brasil, enquanto país membro e signatário da declaração de Hanoi, no Viet Nan, em 1994, já definiu suas diretrizes do " Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase para o período 1995 a 2000".

Objetivos

Objetivo Geral

- Alcançar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública taxa de prevalência < 1 caso/10.000 habitantes

Objetivos Específicos

- Diagnosticar todos os casos novos esperados
- Tratar 90% dos casos de registro ativo com PQT/OMS
- Implementar as atividades de seguimento de casos em registro ativo para garantir que:
  - pelo menos 90% dos casos que iniciem a PQT/OMS, concluam o tratamento com 6 doses, no período máximo de 9 meses (Paucibacilares) e 24 doses, em 36 meses (Multibacilares)
  - se executem as ações de prevenção de incapacidades
  - se executem as ações de educação em saúde
- Implementar o sistema de monitoração e supervisão para a identificação dos avanços e as deficiências na execução das atividades de seguimento de casos
- Intensificar as ações da vigilância epidemiológica nas áreas onde a prevalência esteja cerca de 1/10.000 habitantes.

FASES DO PLANO

O Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil será desenvolvido em fases, segundo a situação de cada unidade federada.

As fases foram definidas baseando-se no modelo utilizado no " Relatório da Reunião dos Responsáveis pela Luta Antíleprosa e Implantação da PQT/OMS na África "(Genebra, 1993 - WHO/CTA/LEP/93.1). Segundo este documento, o plano deve ser desenvolvido em quatro fases: Fase Preparatória, Fase Intensiva, Fase de Consolidação e Fase de Manutenção.

A fase preparatória consiste em fazer uma avaliação da situação existente do ponto de vista epidemiológico e operacional. No Brasil esta fase já foi cumprida, tanto em nível estadual quanto nacional, ao longo dos anos de 1990 a 1994, com a execução do Plano de Emergência e através de reuniões de avaliações estaduais, macrorregionais e nacionais. Por esta razão, o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase no Brasil, consistirá no desenvolvimento das 3 fases subseqüentes: Fase Intensiva, Fase de Consolidação e Fase de Manutenção.

FASES DO PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL 1995 A 2000

FASES	DURAÇÃO	OBJETIVOS
INTENSIVA(*)	2 ANOS	• Diagnosticar todos os casos novos esperados. • Tratar 90% dos casos do registro ativo com PQT/OMS • Identificar e implementar soluções adequadas para corrigir as deficiências na execução das atividades de acompanhamento de casos em registro ativo, garantindo que: - pelo menos 90% dos casos que iniciem PQT/OMS concluam o tratamento segundo normas nacionais - recebam ações de prevenção de incapacidades - recebam ações de educação em saúde • Implementar o sistema de monitorização e supervisão para que identifiquem os progressos e as deficiências na execução das atividades de acompanhamento de casos
CONSOLIDAÇÃO	4 ANOS	• Manter a execução das atividades previstas na fase intensiva • Intensificar as ações de vigilância epidemiológica nas áreas onde a prevalência esteja próxima de 1/10.000 habitantes
MANUTENÇÃO	INDETERMINADA	• Manter a prevalência a menos de 1/10.000 habitantes

(*) A FASE INTENSIVA será subdivida em 3 etapas:
Inicial, Intermediária e Final

Utilizando-se informações de 1993, os estados foram alocados nas diferentes fases do plano. Como já foi mencionado, todos os estados já ultrapassaram a fase preparatória, nenhum, entretanto, alcançou a fase de consolidação: todos encontram-se na fase intensiva, porém, em diferentes etapas.

PLANOS ESTADUAIS DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Durante a última reunião para avaliação nacional do programa, em 1994, foram apresentadas e discutidas as diretrizes do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase e elaborados planos estaduais preliminares.

Alguns estados já desenvolveram seus planos, outros o estão definindo durante a capacitação de pessoal do nível regional e/ou municipal no curso de gerência, de forma a:

- alocar os municípios e/ou regionais de saúde nas diferentes fases do plano.
- definir as atividades para 1995 em coerência com os objetivos da fase do plano em que se encontram e, precedida da identificação de obstáculos.

Os deslocamentos dos estados, para as diferentes fases do plano ocorrerão após avaliação dos resultados dos indicadores selecionados.

Os planos estaduais dos 13 estados mais prevalentes, foram reformulados durante a reunião técnico-política, realizada em Brasília, no período de 24 a 26 de maio, de 1995.

ANEXO 6

Questão 118, pág. 139

ATRIBUIÇÕES

1 - Atribuições do Médico

A - Prestar assistência médica ao indivíduo, família e comunidade mediante:

- avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta médica;
- realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico;
- colheita de material para baciloscopia;
- diagnóstico, classificação do caso e prescrição do tratamento, indicando o esquema terapêutico apropriado, conforme normas estabelecidas, enfatizando as doses supervisionadas;
- diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade e conduta pertinente a cada caso;
- avaliação clínica dermato-neurológica e laboratorial periodicamente;
- indicação de alta;
- prescrição do tratamento das reações hansênicas;
- realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, família e comunidade;
- participação nas ações que compõem a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividaes de controle de hanseníase.

B - Desenvolver ações técnico-administrativas de controle de acordo com as diretrizes da Política de Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde mediante:

- planejamento da assistência ao paciente com ênfase no levantamento epidemiológico e operacional do problema da hanseníase;
- participação na implementação do sistema de informações de dados para a avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da hanseníase, mediante produção, registro, processamento e análise de dados, gerais e específicos;
- participação na supervisão e avaliação das atividades de controle da hanseníase;
- participação no fortalecimento da integração do controle da hanseníase aos serviços básicos de saúde;
- participação nos treinamentos de recursos humanos.

C - Aplicar os princípios de pesquisa operacional mediante:

- identificação dos problemas prioritários de assistência que sejam objeto de estudo;
- participação em pesquisas multiprofissionais desenvolvidas no nível operativo.

2 - Atribuições do Enfermeiro

A - Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, através de:

- prescrição de medicamentos conforme normas estabelecidas;
- aplicação de tratamento com ênfase nas doses supervisionadas;
- identificação e encaminhamento dos pacientes com reações hansênicas;
- tratamento não medicamentoso das reações hansênicas;
- avaliação do grau de incapacidade física;
- prescrição e/ou execução de técnicas simples de prevenção de incapacidades;
- avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta da enfermagem;
- controle de doentes e contatos;

- execução de ações básicas de investigação e vigilância epidemiológica priorizando grupos e categorias de risco;
- execução de visita domiciliar conforme prioridades;
- realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, à família e à comunidade;
- desenvolvimento de ações que incluam a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividades de controle de hanseníase;
- colheita de material para exames complementares;
- identificação de casos suspeitos de hanseníase através de exames clínico-dermato-neurológico e avaliação oftalmológica e nasal para diagnóstico e condutas de enfermagem;
- realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico.

B - Desenvolver ações técnico-administrativas, de acordo com as diretrizes da Política de Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde mediante:

- planejamento da assistência de enfermagem com ênfase no levantamento epidemiológico e operacional do problema da hanseníase;
- gerenciamento da assistência de enfermagem dando unidade ao seu processo de trabalho;
- desenvolvimento dos recursos humanos de enfermagem com base no perfil da categoria;
- supervisão e avaliação das atividades de controle de forma planejada e contínua, bem como do desempenho do pessoal auxiliar;
- fortalecimento da integração do controle da hanseníase aos serviços básicos de saúde, através de uma efetiva assistência de enfermagem;
- participação e/ou coordenação das atividades de controle da hanseníase no estado e no município;
- participação na implementação do sistema de informações de dados para avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da hanseníase, mediante produção, registro, processamento e análise de dados gerais e específicos de enfermagem;
- organização das atividades concernentes à busca de casos e tratamento regular, prevenção, busca de faltosos e abandonos;
- previsão e requisição de medicamentos, imunobiológicos e material de consumo;

C - Aplicar os princípios da pesquisa operacional mediante:

- identificação dos problemas prioritários de assistência de enfermagem, que sejam objeto de estudo no controle da hanseníase;
- promoção de pesquisas operativas, aplicadas à área de enfermagem, enfatizando os aspectos clínicos, epidemiológicos e operacionais;
- participação em pesquisas multiprofissionais desenvolvidas no nível operativo.

3 - Atribuições do Nível Médio e Elementar

A - Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, sob supervisão do enfermeiro, através de:

- atendimento de enfermagem, de acordo com rotinas estabelecidas na Unidade de Saúde (entrega de medicação, curativos, testes de sensibilidade, aprazamento, procura de lesões ativas e outros);
- identificação através de sinais e sintomas de casos de hanseníase e encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento oportuno;
- identificação das incapacidades físicas;
- identificação e encaminhamento de pacientes com reações hansênicas;
- desenvolvimento de ações de natureza educativa;
- aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas;

- realização de visita domiciliar conforme prioridades estabelecidas;
- colheita de material para baciloscopia e teste de histamina;
- preparo e esterilização de material
- prevenção, busca de faltosos e abandonos.

B - Desenvolver ações administrativas, tais como:

- participação na produção, registro e encaminhamento de dados, na avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle;
- participação no processo de organização do trabalho de enfermagem e no planejamento das ações de controle da hanseníase;
- participação na implantação e manutenção das ações de controle da hanseníase, conforme o nível de complexidaede da atenção;
- participação na organização e manutenção de prontuários e arquivo de aprazamento;
- aprazamento da clientela;
- preenchimento do Boletim de Produção ou da Planilha de computação;
- preenchimento e encaminhamento da convocação a casos faltosos;
- quando necessário, solicitação de medicamentos, controle de estoque de hansenostáticos da Unidade de Saúde e material de consumo.

4 - Atribuições do Técnico de Laboratório

- preparar todos os corantes e soluções pelos métodos padronizados;
- proceder a colheita de material para baciloscopia;
- fixar, corar e fazer leitura das lâminas de baciloscopia, de acordo com os protocolos;
- realizar outros exames laboratoriais de rotina;
- preencher o registro diário de atividade.

5 - Atribuições do Assistente Social

A - Desenvolver com a equipe interprofissional de saúde e usuários, as ações destinadas a:

- planejar assistência integral à população atendida;
- participar, junto à equipe, na programação, execução e supervisão das atividades previstas ao paciente de hanseníase;
- supervisionar e avaliar as ações de controle da hanseníase;
- planejar, promover e executar atividades voltadas para a ruptura do estigma ligado à lepra e defesa dos direitos de cidadania em programas interinstitucionais, particularmente relacionados à previdência social, ao trabalho, à justiça, às universidades e às Forças Armadas;
- discutir as relações do paciente com a família e equipe de saúde;
- assegurar o tratamento ao portador de hanseníase em todas as suas etapas, efetivando o controle da doença nas atividades de busca de casos novos e vigilânica de contatos, inclusive para evitar o abandono do tratamento.

B - Efetuar assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação por parte dos serviços de saúde mediante:

- manutenção da prática de não afastar os filhos do convívio com os pais portadores de hanseníase;
- garantia dos procedimentos preconizados nos programas materno-infantil, sem nenhuma discriminação aos filhos dos doentes de hanseníase;
- promoção de ações junto ao núcleo familiar, objetivando a compreensão e participação do mesmo na problemática de hanseníase;

- estímular e participar em movimentos civis organizados;
- estimular a atividade laborativa do paciente através de ações junto às empresas, instituições e classes trabalhadoras, no sentido de:
  - evitar a discriminação do paciente no tocante ao acesso ao trabalho e à capacitação ou readaptação profissional;
  - garantir a manutenção dos pacientes no trabalho, independente da forma clínica observada. Esta recomendação aplica-se, também às forças armadas.
  - garantir a manutenção dos pacientes nos estabelecimentos de ensino independente do nível escolar;
  - garantir o acesso do paciente aos direitos previdenciários em igualdade de condições aos demais cidadãos;
  - promover a readaptação profissional dos pacientes em outras funções compatíveis, quando indicado;
  - contactar instituições como os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e Núcleo de Reabilitação Profissional (NRPs) e promover a eliminação das barreiras porventura existentes, visando o bom atendimento dos doentes de hanseníase nesses locais.
- promover a reabilitação, visando principalmente, a integração do doente de hanseníase e curado com seqüelas no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho, garantindo aos não reabilitados a assistência social necessária de acordo com as necessidades individuais.
- realizar articulação com diferentes instituições visando a manutenção de uma vida digna às pessoas definitivamente incapacitadas para o trabalho, independentemente de terem ou não contribuido para o Instituto Nacional de Seguridade Social ou congêneres;
- atuar no combate às práticas delituosas ou não, realizadas tanto por pessoas físicas como por entidades que se utilizam de conceitos inadequados para a solicitação de donativos, colaborando assim na perpetuação do estigma da doença;
- esclarecer a população sobre o que é hanseníase, seu controle e eliminação, através de participação em reuniões na comunidade e mensagens nos meios de comunicação de massa;
- implementar o processo de reabilitação social através de entendimento com os órgãos do MTPS/INSS e também filantrópicos, visando assegurar o pleno atendimento a todas as formas da doença, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas respectivas instituições.

C - Desenvolver com a equipe interprofissional de saúde, ações destinadas a:

- efetivar atividades de reciclagem e treinamento de recursos humanos, promovendo a reflexão acerca dos aspectos sociais que envolvem a hanseníase;
- discutir práticas profissionais destinadas à melhoria do padrão de atendimento assistencial;
- orientar os usuários quanto à sua participação e desligamento dos programas de saúde;
- participar de estudos e pesquisas sobre as condições sanitárias peculiares a cada grupo de atendimento.
- desenvolver estudos e pesquisas sobre as questões sócio culturais ligadas a doença e ao doente;
- estabelecer indicadores para avaliação sob aspectos sociais ligadados ao controle da hanseníase.

ARVELO, J.T. **Anatomia y patologia del pie en enfermo de lepra, anatomia y patologia de la mano en el enfermo de lepra, exploração funcional de la mano**. Caracas - Venezuela: Centro Pan-Americano para Investigação e Treinamento em Hanseníase e Doenças Tropicais - Instituto Nacional de Dermatologia, 1977.

BARROZO, M.S. **Relatórios de reuniões de grupos de educação em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto Comunitário Estadual de Itaboraí, 1985. 1v. (mimeo.).

BECHELLI, L.M. e CURBAN, G.V. **Compêndio de Dermatologia,** São Paulo: Atheneu Editora, 1975.

BOLETIM DA DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA, VOLUME XXXVIII. nºs 2-4, ano 1977.

BORDENAVE, J.D. Opções pedagógicas. **In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte,** Belém, 1982. Anais: ação participativa: capacitação de pessoal. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 12-16. (Ministério da Saúde, Série F: Educação e Saúde, 2).

CENTRO DE ESTUDOS "Dr. Reynaldo Quagliato", Hospital Lauro de Souza Lima, **Noções de Hansenologia,** Bauru, 1981.

CHAUÍ, M. **Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

CONVIT, J.N., ARANZZZU, N., ULRICH, M. e ARAGON, M.E. **Imunoterapia e Imunoprofilaxis de la lepra.**

DONNANGELO, MARIA CECILIA. **Saúde e Sociedade.** 2° caderno, Coleção História e Sociedade, São Paulo: Editora Duas Cidades, 1979.

FILHO, A. **Memórias de Lázaro.** Civilização Brasileira, 1978.

FOUCAULT, MICHEL. **Microfísica do Poder.** Biblioteca de Filosofia e História das Ciências. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

GANDRA, D. **Fenômeno Social do estigma em hanseníase**. Minas Gerais. 1v. (mimeo).

GIRLING, D.J. e MITZE, K.L., **Reações Adversas da Rifampicina,** Boletim da Organização Mundial da Saúde, 57 (2):207-212.

GOFFMAM, E. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. **In: Estigma**. Zahar Editores, 1982.

GONZAGA, O. **et al. O Filho de Hanseniano em face da infecção leprosa.** São Paulo: Serviço de Profilaxia da Lepra, 1941.

GOODMAN, GILMAN. **Las Bases Farmacológicas de la Terapeutica.** 7ª edição, Buenos Aires: Edição Médica Panamericana, 1986.

HERZILICH, C. **Salud e Malaide.** tese mimeo.

HOSPITAL LAURO DE SOUZA LIMA. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. **Reabilitação em Hanseníase**. Hospital Lauro de Souza Lima. 4ª Edição, Bauru, 1982, 1v. (mimeo).

JARA, H.O. **Como conhecer a realidade para transformá-la?** São Paulo: CEPIS, 1986, 26p. (mimeo).

JOPLING, W.H. **Manual de lepra**. Livraria Atheneu, 1981.

JORNAIS DO MORHAN. (até 1987).

JÚNIOR, D. da S. GANDRA. **A Lepra: Uma Introdução ao Estudo do Fenômeno Social da Estigmatização**. (Tese) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, S.publ.

LOYOLA, M.A. Conflito Social e Saúde, **In: Médicos e curandeiros**. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M.T. **As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MACHADO, E., **et al. Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGALHÃES. MARIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI. **O papel protetor do BCG na hanseníase**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 1991, 34p. (mimeo).

MARTINS, A.M. **Do Outro Lado da Fronteira**, São Paulo: Edições Paulina, 1984.

MELLO, C.G. **Saúde e Assistência Médica no Brasil.** São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1977.

MENDONÇA, G.F. Ação educativa nos serviços básicos de saúde. **In: Encontros de experiências de educação e saúde da região nordeste**. Natal, RN, 1982. Anais: Ação Participativa, Metodologia. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 9-13. (Ministério da Saúde, Série F: Educação e Saúde, 4).

MENDONÇA, G.F. Educação em Saúde: um processo participativo. **In: Encontro de experiências de educação e saúde da região centro-oeste e Minas Gerais**. Belo Horizonte, 1982. Anais: ação participativa: avaliação de experiências. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 11-19. (Ministério da Saúde, Série F: Educação e Saúde, 5).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase, módulo I, Fenômeno social do estígma**. 2ª edição, Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. 1989, 92p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia sanitária. **Hanseníase, módulo II, Atividades de controle**. Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1988, 79p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase, módulos I e II, Guia do monitor**. Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1988, 117p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Educação em Saúde & Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase, módulo III, Educação em Saúde**. Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1988. 59p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Noções de anatomia e fisiologia e exploração funcional dos olhos, mãos e pés**. Brasília, 1988, 1v. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Subsídios para as normas técnicas e procedimentos para o exame baciloscópico em hanseníase**. Brasília, 1980, 1v. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989, 1v. p.124.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993, 1v. p.162.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Programação. **In: Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. p. 131-135.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Coordenção Nacional de Dermatologia Sanitária. Portaria nº 814/GM de 22/07/93. **In: Legislação sobre o controle da doença na área de Dermatologia Sanitária**. Brasília, 1993, p. 13-26.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Instrumento de avaliação do programa de controle e eliminação da hanseníase**. Brasília, 1993 (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Grupo Executivo de Reforma Administrativa do Ministério da Saúde - GERAS. **Documento Básico**. Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IX Conferência Nacional de Saúde. Municipalização é o caminho. Relatório final**. Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Manual do coordenador de grupos de planejamento familiar**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 24p. (Ministério da Saúde, Série A: Normas e manuais técnicos, 38).

MONTERO, P. **Da Doença à Desordem: a magia na Umbanda.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

OLIVEIRA, A.R. de. **Relatórios de avaliação e desempenho**. Rio de Janeiro: Hospital Estadual de Curupaiti, 1986. 1v. (mimeo).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E A HANSENÍASE, 5º Relatório do Comitê Tecnológico em Hanseníase, 1979.

PAULA, Alcibíades Viana S. **A Hanseníase em Minas Gerais.** Comentários sobre a Situação Endêmica, 1979.

PINTO, J.B.G. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. **In: Encontro de experiências de educação e saúde da região nordeste**. Natal, 1982. Anais: ação participativa: metodologia. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 15-19. (Ministério da Saúde, Série F: Educação e Saúde, 4).

PINTO, J.B.G. Metodologia de la investigación-acción, momentos y fases. **In preparación y evaluación de proyectos**. A pesquisa-ação como prática social. Quito, Junta Nacional de Prevención, 1976. 1v. (mimeo).

REY, M.L.E. **Hanseníase** (mimeo).

ROITT, IVAN M. **Imunologia.** 2ª edição, livraria Atheneu, 1979.

ROMEU, J. ALVARADO, ZUNIGA M., REWES, O Y TELLES, V. **Trabalho apresentado en la Conferência y Taller sobre Patogenis y Imunoterapia de la Lepra, 29-30 abril de 1982.** CARACAS, VENEZUELA.

SARNO, E.N. **Interação antígeno-hospedeiro na hanseníase - Aspectos imunológicos**. Rio de Janeiro, 1987. 1v. (mimeo).

SASTRE. Uma existência contra preconceitos. **In: Jornal do MORHAN** 1(0):6-7, 1º trimestre, 1982.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA, 1950. **Organização, estrutura e funcionamento de dispensários antileproticos.** Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional.

SONTAG, S.S.D. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

SOUZA, M.E.M. de. **Técnica de sensibilização a ser aplicada aos profissionais de saúde treinandos do módulo**. Rio de Janeiro: Grupo Maria Mulher, 1987. 1v

TALHARI, S. e NEVES, R.G. **Hansenologia**. Instituto Superior de Estudos da Amazônia. ISEA, 1989 p.136.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância.** 1986.

WINSLOW, Charles - Edivard A. **The Conquest of Epidemic Disease: A Chapter in the History of Ideas.** New York and London. Hafner Publishing Company, 1967.

VALLA, V.V. e MELO, J.A.C. Sem educação ou sem dinheiro? **In: A saúde em estado de choque, Editora Espaço e Tempo.** co-edição com FASE-RJ, 1987. p. 21-35.

VENTURA, D.V.R. & FIGUEIREDO, M.C.B. **Ação participativa: trabalhando com hanseníase**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 31p. (Ministério da Saúde, Série F: Educação e Saúde, 7).

ZÚÑIGA, M. **Informe de assessoria - Programa de controle ou enfermidade de hansen no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília, 1986.

Foram utilizadas entrevistas feitas com portadores de hanseníase, com a população em geral e com profissionais de saúde.
As poesias citadas de Marilza Ribeiro e Thiago de Melo foram extraídas de:
Ribeiro, Marilza - "Corpo Desnudo" (e mais indicações bibliográficas).
Melo, Thiago, "Canto Geral" (idem).

EQUIPE REVISORA E ELABORADORA

- **Acácia Rodrigues Lucena**
  Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Fundação Nacional de Saúde

- **Célia Rolim de Castro**
  Secretaria de Saúde do Ceará

- **Darcy de Valadares Rodrigues Ventura**
  Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Fundação Nacional de Saúde

- **Francisco Reis Viana**
  Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária/Rio de Janeiro

- **Inara Pinto Saavedra**
  Secretaria Municipal de Saúde de Joaçaba/Santa Catarina

- **Maria Aparecida de Assis Patroclo**
  Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

- **Maria da Conceição Cavalcanti Magalhães**
  Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária/Fundação Nacional de Saúde

- **Marlene Santos Barroso**
  Secretaria Municipal de Saúde de Niteroi

EQUIPE TÉCNICA

- Acácia Rodrigues Lucena
- Andrea Dorer
- Darcy de Valadares Rodrigues Ventura
- Flavia Tavares Silva Elias
- Jonice Maria Ledra Vasconcelos
- Maria da Conceição Cavalcanti Magalhães
- Maria Fernanda Sardella Alvim
- Maria Leide Wand-Del-Rey Oliveira (Coordenadora)
- Ruth Glatt

EQUIPE DE APOIO

- Antônio Barbosa de Sousa Filho
- Francisco Florenço de Medeiros
- Nilton José da Silva
- Rosemary Araújo Guimarães
- Telma Alves de Oliveira
- Vera Santos Vasconcelos

MÓDULO I - Hanseníase - Fenômeno Social do Estigma (1989)

MÓDULO II - Hanseníase - Atividades de Controle (1988)

EQUIPE ELABORADORA

- Bárbara Celeste Rolim - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro
- Eleonora Prestrelo - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Leila Adesse - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Márcia Cristina Cid Araújo - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Maria Aparecida de Assis Patroclo - (Coordenadora) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- Rosely Souza da Fonseca - Caritas/INAMPS/Nova Iguaçu

MÓDULO III - Hanseníase - Educação em Saúde (1988)

EQUIPE ELABORADA

- Arlezienne Rosa de Oliveira - Universidade Federal Fluminense
- Dagmar da Cunha Salomão - Hospital São Roque da Secretaria de Saúde do Paraná
- Darcy de Valadares Rodrigues Ventura - Divisão Nacional de Educação em Saúde - Ministério da Saúde
- Gerson Fernando Mendes Pereira - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - Ministério da Saúde
- Inara Pinto Saavedra - Centro de Saúde de Joaçaba/Secretaria de Saúde de Santa Catarina
- Irani Lourenço Cruz Rodrigues - Movimento de Reintegração do Hanseniano - MORHAN - Nacional/São Paulo
- Marlene Santos Barroso - Legião Brasileira de Assistência/Rio de Janeiro - Comitê Técnico Social, da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, do Ministério da Saúde
- Maria da Conceição Ribeiro Barros - Secretaria de Saúde do Distrito Federal
- Rosemary de Oliveira Góes - Secretaria de Saúde Pública do Pará
- Zenaide Lázara Lessa - Secretaria de Saúde de São Paulo SUDS/GEPRO-Hanseníase

IMPRESSÃO:
IMPRENSA OFICIAL
DO ESTADO S. A. IMESP
Rua da Mooca, 1.921 - Fone 291-3344
Vendas, ramais: 257 e 329
Telex: (011) 34557— DOSP
Caixa Postal: 13.231 - CEP 03104-970
CGM (MF) Nº 48.066.047/0001-84

MINISTÉRIO DA SAÚDE