
SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso

Cuiabá
2018



GOVERNADO DO ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PLANO ESTRATÉGICO DE ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE EM MATO GROSSO

Coordenação técnica

Ana Carolina Machado Landgraf

Cícero Fraga de Melo

Rejane de Fátima Conde Finotti

Comitê Gestor de Elaboração

Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Saúde

Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais

Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana

Núcleo Telessaúde MT

Superintendência de Atenção à Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Cuiabá

2018

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada

AAER – Ambulatórios de Atenção Especializada Regionalizados

APS – Atenção Primária à Saúde

ASCOM – Assessoria de Comunicação

CERMAC – Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de Mato Grosso

EPS – Educação Permanente em Saúde

ERS – Escritório Regional de Saúde

ESPMT – Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

GCOM – Gabinete de Comunicação

GIF – Grau de Incapacidade Física

LACEN – Laboratório Central do Estado de Mato Grosso

MEC – Ministério da Educação e Cultura

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PEHAN – Plano Estratégico para o Enfrentamento da Hanseníase

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PQT – Poliquimioterapia

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SECID – Secretaria de Estado das Cidades

SEDUC – Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Lazer

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SETAS – Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Tocantins

UDR – Unidades de Reabilitação



LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes por Estado. Brasil, 2015 15
- Figura 2. Taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes. Mato Grosso, Brasil, 2009-2016 16
- Figura 3. Taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes por regiões de saúde. Mato Grosso, Brasil, 2016 17
- Figura 4. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na coorte (2009-2016). Mato Grosso, Brasil, 2016 18
- Figura 5. Proporção de casos novos de hanseníase com avaliação neurológica realizada no momento do diagnóstico e proporção de casos com incapacidades físicas detectadas no momento do diagnóstico. Mato Grosso, Brasil, 2009-2016 19
- Figura 6. Proporção de cura e abandono de hanseníase entre os casos novos diagnosticados na coorte (2009-2016). Mato Grosso, Brasil, 2016 20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores de monitoramento da hanseníase	28
Tabela 2. Relação de profissionais de saúde necessários à implantação do ambulatório de hanseníase no CERMAC.	36
Tabela 3. Equipamentos permanentes para a implantação do posto de coleta de exames para hanseníase no CERMAC.	40
Tabela 4. Relação de insumos e materiais de consumo para o ambulatório de hanseníase no CERMAC.	41
Tabela 5. Relação de materiais necessários à implantação da sapataria de hanseníase	47
Tabela 6. Relação de profissionais de saúde necessários para as ações do PEHAN 2017-2020 no LACEN	49
Tabela 7. Aquisição de materiais para uso permanente no LACEN	50
Tabela 8. Relação de materiais de consumo para um ano de manutenção dos serviços do LACEN	51
Tabela 9. Quadro dos profissionais de saúde que deverão compor os AAER de média complexidade em hanseníase	52
Tabela 10. Relação de materiais para uso permanente nos AAER para a oferta de análise baciloscóptica	57
Tabela 11. Relação de materiais necessários à implantação da sapataria de hanseníase nos 8 AAER indicados no PEHAN (período 2017-2020)	58
Tabela 12. Caracterização da capacidade instalada de Mato Grosso para os procedimentos de média e alta complexidade em hanseníase	61



Tabela 13. Estimativa de custos para EPS, na modalidade de cursos presenciais (teórico-prático) para o período 2017-2020

Tabela 14. Orçamento detalhado por elemento de despesa para as ações do Núcleo Telessaúde MT para o período 2017-2020. 69

Tabela 15. Previsão de investimento da GCOM/ASCOM para o PEHAN 2017-2020 72

Tabela 16. Estimativa global de custos para a implantação do PEHAN 2017-2020 e despesas de custeio mensais. 73

Tabela 17 Estimativa de custeio mensal do CERMAC, LACEN e incentivo de custeio mensal do Estado para os 8 AAER implantados (período 2017-2020) 74

Tabela 18. Resultados esperados, indicadores de monitoramento e metas do PEHAN 2017-2020 76

APRESENTAÇÃO

Apoiadas num contexto de exclusão social, as doenças tropicais negligenciadas, entre elas a hanseníase, permanecem silenciosamente ocultas e representam um importante desafio para o crescimento e desenvolvimento sustentável na contemporaneidade.

A hanseníase, como doença infecciosa de evolução crônica, projeta-se em espaços de profundas desigualdades sociais: a voz do excluído se cala, atormentada por precárias condições de saúde e de vida. De comportamento insidioso, a hanseníase pode promover incapacidades funcionais permanentes, num ciclo vicioso de exclusão, estigma e preconceito. É o mercado da doença que insiste em ignorar as mazelas típicas da pobreza.

No mundo todo, a hanseníase concentra-se em espaços sócio-geográficos que têm em comum o clima tropical, a exclusão social, a escassa oferta de serviços de saúde bem como a qualidade questionável da atenção primária à saúde, que não favorecem o diagnóstico precoce, o adequado tratamento, bem como a reinserção social das pessoas que convivem com as seqüelas físicas e emocionais da doença.

No contexto epidemiológico mundial da hanseníase, a Índia ocupa o primeiro lugar em prevalência, seguida pelo Brasil, que abriga um contingente de doentes com incapacidades físicas, inclusive em adolescentes e jovens. O Estado de Mato Grosso detém a maior prevalência de hanseníase no Brasil.

Em Mato Grosso, a distribuição espacial da hanseníase concentra-se em regiões específicas, com notórias iniquidades quanto à oferta de serviços de saúde, diagnóstico precoce e perfil das incapacidades decorrentes da doença. Existem dificuldades relativas ao manejo clínico e tratamento da hanseníase, a inadequada oferta de serviços de reabilitação, tímida participação social em iniciativas para a redução do estigma e do preconceito contra a doença, fatores determinantes para o diagnóstico tardio e falhas no tratamento.

É imperativo buscar alternativas para a redução da carga da hanseníase no Estado, pautadas nos aspectos que norteiam a produção social de saúde, nos direitos humanos fundamentais de respeito à vida e à dignidade humana, na humanização das práticas e na promoção da saúde.



A partir destas considerações, os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, uniram-se a favor do enfrentamento da hanseníase enquanto grave problema de saúde pública, tendo como resultado a construção do presente plano, intitulado Plano Estratégico para o Enfrentamento da Hanseníase.

Espera-se que as estratégias definidas para este plano, a curto, médio e longo prazo, sejam efetivadas, com o firme propósito de eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública no estado de Mato Grosso, reduzindo a sua carga, o estigma e o preconceito associados à doença.

Ana Carolina Machado Landgraf

Secretaria de Estado de Saúde

Superintendência de Atenção à Saúde

Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. JUSTIFICATIVA	15
4. EIXOS ESTRATÉGICOS OPERACIONAIS	22
4.1 ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	22
4.1.1 Atenção primária à saúde	22
4.1.2 Atenção à saúde de média e alta complexidade	22
4.1.2.1 Ações de diagnóstico e assistência de média complexidade em hanseníase	23
4.1.2.2 Oferta de exames de diagnóstico para hanseníase:	24
4.1.2.3 Assistência hospitalar em hanseníase	24
4.1.2.4 Centros de referência para hanseníase	24
5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)	26
6. PROMOÇÃO DA SAÚDE	26
7. COMUNICAÇÃO E SAÚDE	27
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA HANSENÍASE	28
9. AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A LINHA DE CUIDADO HANSENÍASE NO ESTADO DE MATO GROSSO	32
9.1 IMPLANTAR	32
9.2 ESTRUTURAR	33
9.3 QUALIFICAR	34
9.4 DESENVOLVER	34

10. PLANO ESTRATÉGICO PARA O ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE 2017-2020:	35
PREVISÃO DE AÇÃO E ORÇAMENTO	
10.1 REESTRUTURAÇÃO DO CERMAC	35
10.2 REESTRUTURAÇÃO DO LACEN	49
10.3 IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA REGIONALIZADOS (AAER) EM HANSENÍASE	52
10.4 REDE DE AUTOCUIDADO E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE	58
10.5 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PARA A HANSENÍASE	60
10.6 INVESTIMENTO EM EPS	63
10.6.1 Ações de EPS na modalidade de cursos presenciais (teórico-práticos)	63
10.6.2 Ações do Núcleo Telessaúde MT	68
10.6.3 Núcleo intersetorial de educação permanente em saúde para a hanseníase.	70
10.7 INVESTIMENTO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL	71
11. ESTIMATIVA GLOBAL DE CUSTOS	73
12. RESULTADOS ESPERADOS PARA O PEHAN 2017-2020	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXO A - PORTARIA Nº 11, DE 2 DE MARÇO DE 2006	83
ANEXO B - PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017	86

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa, de longo período de incubação¹. Possui como agente etiológico, *Micobacterium leprae*, que tem afinidade por nervos periféricos. No Brasil, as características epidemiológicas, a evolução crônica e o alto potencial incapacitante da doença, em adição aos aspectos socioculturais, caracterizam-na como um importante problema de saúde pública².

A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase é diagnosticar precocemente e tratar todos os casos antes que ocorram as lesões nervosas.^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao longo das três últimas décadas, desenvolveu esforços integrados entre países no mundo inteiro para o enfrentamento da hanseníase, progredindo gradativamente a partir da detecção passiva dos casos com ampla difusão da poliquimioterapia (PQT) evoluindo para o desenvolvimento de ações efetivas para a diminuição da carga local e global da hanseníase³. Atualmente, a Estratégia Global para Hanseníase (2016-2020), sem desconsiderar as demais ações das estratégias anteriores, enfatiza os aspectos humanos e sociais que afetam o controle da doença.

A OMS reconhece o estigma da doença e a exclusão social como fatores diretamente relacionados ao diagnóstico tardio e abandono do tratamento. As incapacidades funcionais e deformidades decorrentes do diagnóstico tardio da hanseníase implicam a violação dos direitos humanos e, como tal, exigem a intervenção do Estado e forte atuação das políticas públicas de saúde para a inclusão social³.

A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública acontece quando a doença atinge a prevalência de 1 caso para cada 10.000 habitantes.³ Dos 35 países das Américas, todos eliminaram a doença como problema de saúde pública, exceto o Brasil⁴.

No Brasil, os indicadores de saúde disponíveis são extraídos de um sistema nacional de informação integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) denominado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados do SINAN revelam que em 2015 a taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase no país foi de 14,07/100.000 habitantes, sendo as regiões Norte (29,65/100.000 hab.), Nordeste (22,72/100.000 hab.) e Centro-Oeste (44,30/100.000 hab.) aquelas com as maiores taxas⁵.

Mato Grosso há alguns anos apresenta nível considerado hiperendêmico para casos de hanseníase e ocupa a primeira posição com as maiores taxas de prevalência e incidência da

doença no país. No ano de 2015 a taxa de detecção foi de 93,0/100.000 habitantes com registro de 3.037 casos novos da doença. No ano de 2016, registrou-se 0,4/100.000 habitantes, com 2.65 casos novos diagnosticados⁵.

Embora tenha ocorrido um decréscimo na incidência da doença para o Estado, são identificadas regiões com grave manutenção das elevadas taxas de detecção, projetando uma tendência crescente da endemia, que se concretiza pelos registros recentes de casos novos na população com idade inferior a 15 anos. Perpetuando este ciclo vicioso, há importante taxa de incapacidades físicas e deformidades decorrentes do diagnóstico tardio, o que implica alta transmissibilidade nas regiões de polarização da doença⁵.

Estes dados indicam a necessidade de estruturação de uma rede de serviços de saúde que responda às reais necessidades da população em cada espaço sócio-geográfico e que de fato contribua para a redução das iniquidades em saúde, redução da carga local da doença e consequentemente, da carga global de hanseníase no Estado.

Em fase deste desafio, o governo do Estado de Mato Grosso reconhece a necessidade de assegurar que todas as pessoas afetadas pela hanseníase tenham a oportunidade de serem diagnosticadas e tratadas.

Em consonância com a Estratégia Global de Hanseníase da OMS 2016-2020, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), conjuntamente com o Ministério da Saúde (MS) e com o apoio da Fundação Nippon (Japão) desenvolveu um protocolo que direciona os esforços para a redução da carga da hanseníase no Brasil, a partir das estratégias de sucesso desenvolvidas no Estado de Tocantins (TO) pela Secretaria Municipal de Saúde da capital, Palmas⁶. Intitulado “Abordagens Inovadoras para Intensificar Esforços para um Brasil Livre de Hanseníase”, o protocolo propõe ações de campo específicas. Para Mato Grosso, estas ações deverão ser intensificadas na capital do Estado, Cuiabá, considerando a importante prevalência da hanseníase em menores de 15 anos de idade, indicador mundialmente reconhecido para o acompanhamento da doença e análise das ações e serviços de saúde oferecidos^{3,6}.

Refletindo sobre todos estes aspectos e dialogando sobre as possibilidades de articulação dos pontos de atenção à saúde para a redução da carga da hanseníase no Estado de Mato Grosso, os trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde (SES) num rico processo de construção coletiva, delinearam as estratégias para o fortalecimento da linha de cuidado hanseníase, alicerçada no conceito de vigilância em saúde, que articula as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação⁷.

Todos os esforços deverão ser dirigidos para o fortalecimento das ações da atenção primária à saúde (APS) nos municípios do Estado. Por sua vez, o Estado deverá regular os fluxos assistenciais para a referência especializada de média e alta complexidade na linha de cuidado hanseníase, apoiando as regiões para a implantação de centros regionalizados, sob o acompanhamento e matriciamento de equipe altamente qualificada.

Para impulsionar este propósito idealizou-se o Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de Mato Grosso (CERMAC) como um centro de referência de atenção e educação permanente em saúde, de modo a concretizar as ações de ensino em serviço, fundamentais para a necessária qualificação profissional dos trabalhadores da saúde.

No campo da participação social, será preciso abrir espaço para a educação popular, a comunicação social em saúde para o exercício da cidadania, o protagonismo das pessoas convivendo com a hanseníase, prerrogativas indissociáveis para o fortalecimento da linha de cuidado hanseníase e o enfrentamento do estigma e preconceito associados à doença.³

Este plano foi construído por muitas mãos, a partir da reflexão da práxis. Adotando a incompletude como critério de qualidade, o que se propõe é a implementação gradativa, contínua e regionalizada dos serviços de saúde que compõem o SUS mato-grossense, de modo a qualificá-lo contra a hanseníase.

As propostas do presente plano foram organizadas com o firme propósito de reduzir a carga da hanseníase, o estigma e o preconceito relacionados à doença no Estado de Mato Grosso.



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estruturar a rede de atenção à saúde no Estado de Mato Grosso, concebendo a atenção primária em saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado, com vistas à redução da carga da hanseníase.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reestruturar o ambulatório de hanseníase no CERMAC.
2. Reestruturar o serviço de diagnóstico do Laboratório Central do Estado (LACEN), de modo a atender as necessidades do CERMAC e de educação permanente em saúde (EPS) do Estado.
3. Implantar serviços regionalizados de atenção ambulatorial de média e alta complexidade e/ou hospitalar, considerando as especificidades de cada região de saúde.
4. Implantar um núcleo intersetorial de ensino, pesquisa e educação permanente em saúde para a hanseníase no CERMAC, sob a coordenação pedagógica da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT).
5. Construir canais de interlocução com a população mato-grossense e entidades não governamentais, para o fortalecimento do auto cuidado, a redução do estigma e do preconceito associados à doença.

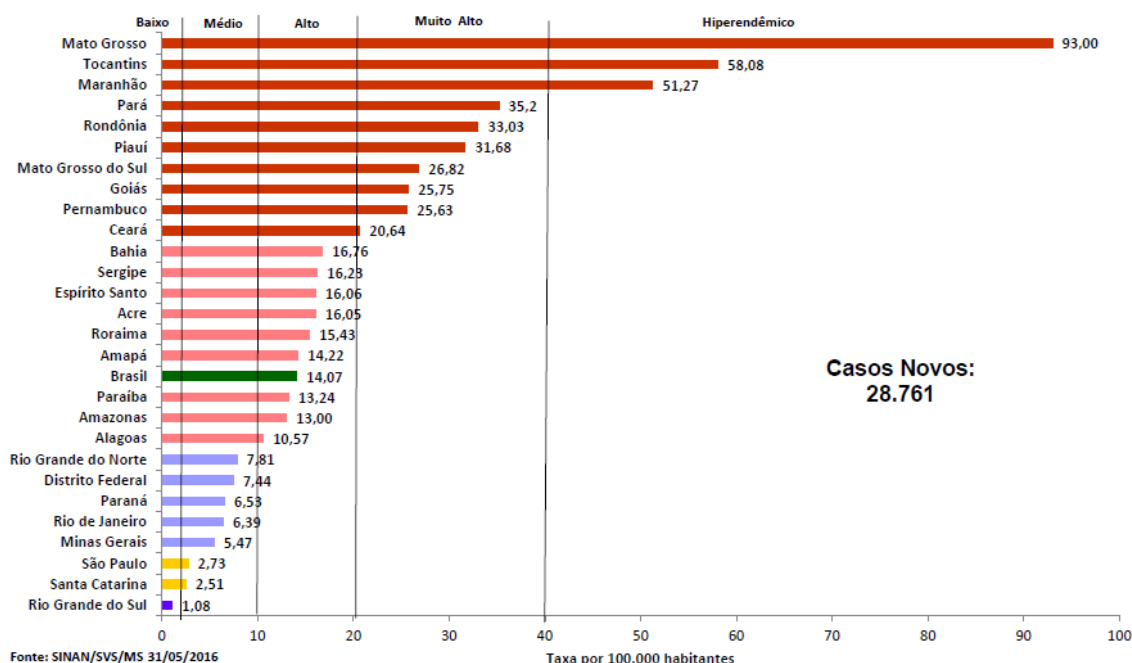
3. JUSTIFICATIVA

O Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase 201-2020 representa o reconhecimento do Estado de Mato Grosso como o estado brasileiro com a maior prevalência e incidência da doença, ainda sendo diagnosticada em seu estágio tardio, resultando em incapacidades funcionais e deformidades físicas⁵, perpetuando o ciclo da doença, carregada de estigma e preconceito, fortes indicadores de exclusão social⁹.

No panorama internacional, há reconhecimento de que a distribuição da doença restringe-se a espaços que coincidem com um conjunto de premissas para a sua produção, em especial, as desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde^{3,6,,10}.

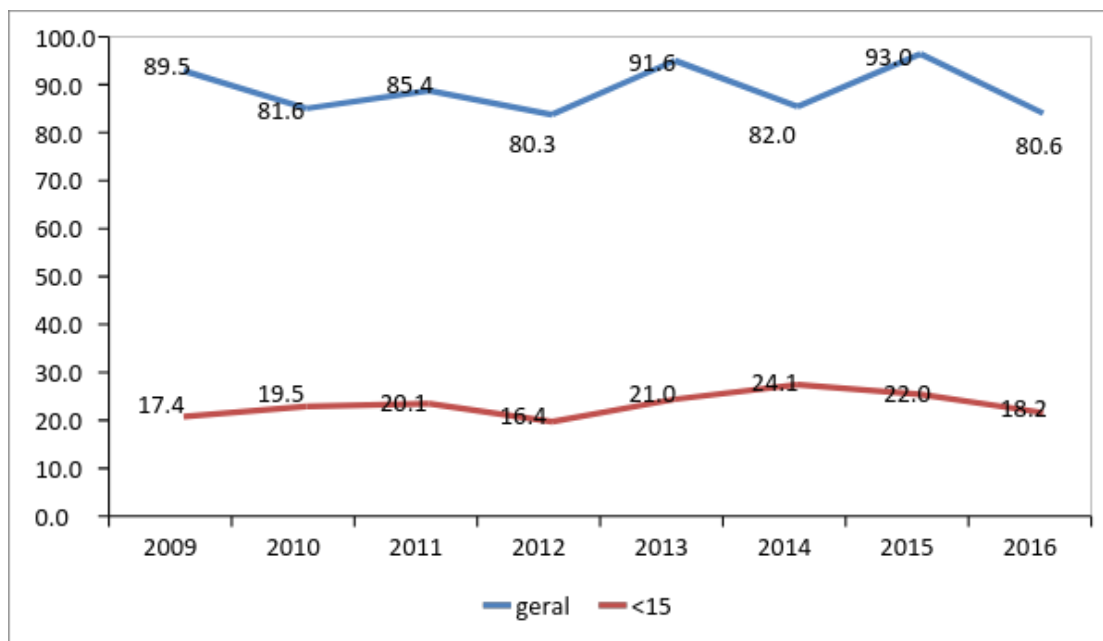
Mato Grosso registrou as maiores taxas de detecção de hanseníase entre os estados do Brasil. No ano de 2015, a taxa de detecção de novos casos da doença foi de 93,00/100.000 habitantes, totalizando 3.037 casos novos (Figura 1).

Figura 1. Taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes por estado. Brasil, 2015.



No ano de 2016 foram detectados 2.65 casos novos, correspondendo a uma taxa de detecção de 80,4/100.000 habitantes (Figura 2).

Figura 2. Taxa de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes. Mato Grosso, Brasil, 2009-2016.

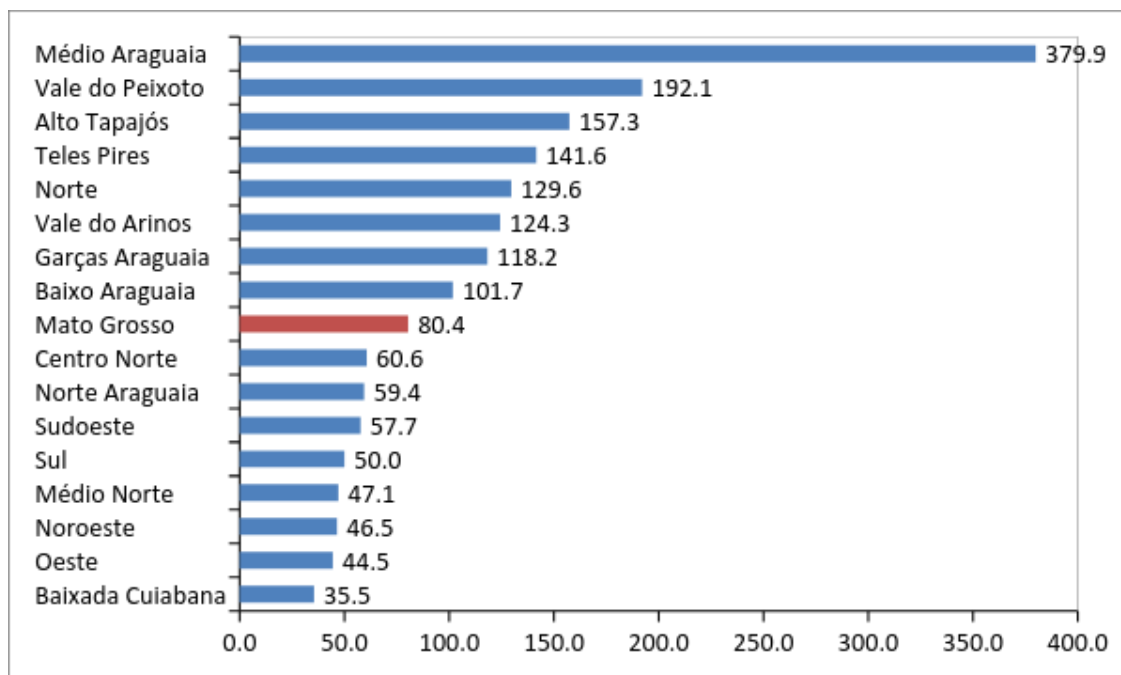


Fonte: SINAN/SVS/MS/2009-2016.

Os determinantes históricos e socioeconômicos relacionados à ocupação de novos espaços geográficos, os meios de produção e a presença de profundas desigualdades sociais, justificam o grande contingente de pessoas infectadas pela doença e expressam a existência de importantes iniquidades sociais^{10,11}. Atualmente, em Mato Grosso este fluxo migratório ainda é intenso, e a movimentação de pessoas infectadas e infectantes sem tratamento mantém os elos da cadeia de transmissão da hanseníase.

Quanto à distribuição da doença, existem regiões hiperendêmicas que apresentam elevadas taxas de detecção. No ano de 2016 observou-se que a maior taxa de detecção da hanseníase ocorreu na região Médio Araguaia, com taxa de detecção de 379,9/100.000 habitantes (n=352), seguida das regiões Vale do Peixoto (n=195), Alto Tapajós (n=163), Teles Pires (n=557), Norte (n=87), Vale do Arinos (n=72), Garças Araguaia (n=144) e Baixo Araguaia (n=87), conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3. Taxa de detecção da hanseníase por 100.000 habitantes por regiões de saúde. Mato Grosso, Brasil, 2016.



Fonte: SINAN/SVS/MS/2009-2016

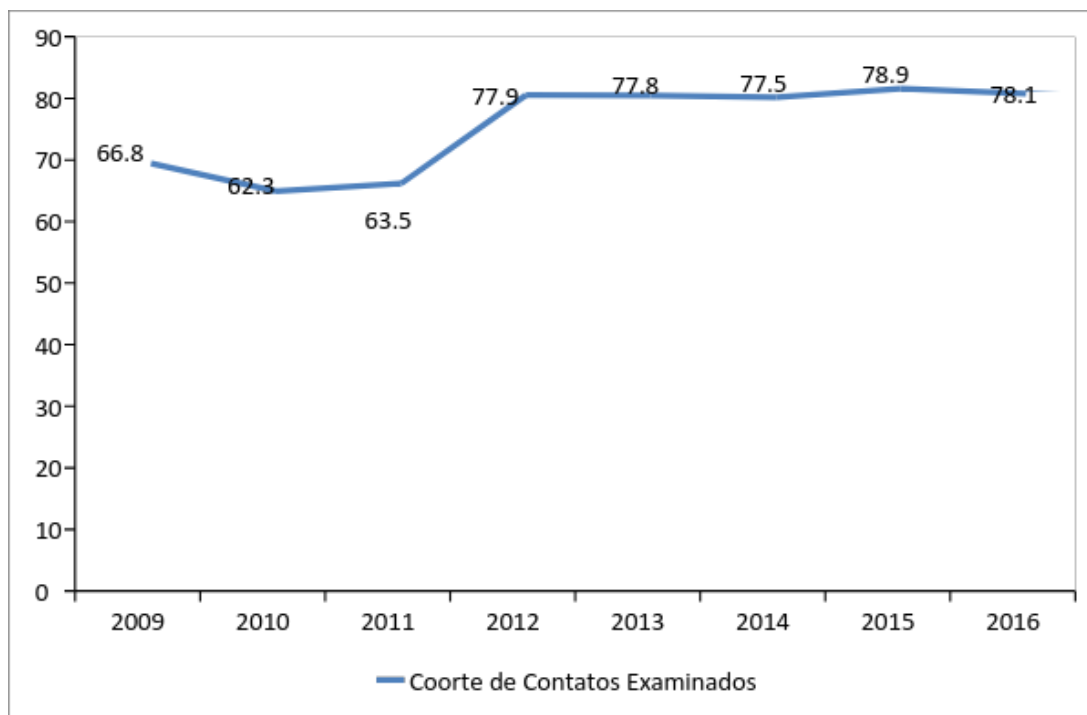
Se por um lado, os dados de elevada taxa de detecção indicam que ocorrem iniciativas importantes no campo da atenção à saúde para a elucidação diagnóstica, por outro, as regiões com menor detecção, considerando a alta endemicidade da hanseníase e fluxo migratório do Estado, sugerem a existência de fragilidades na APS quanto a estratégias ativas de detecção de novos casos. Entretanto, somente a partir de uma análise situacional contínua é que serão identificadas as potencialidades e desafios ao enfrentamento da hanseníase pelo Estado.

A investigação dos contatos intradomiciliares é imprescindível neste contexto, com a finalidade de diagnosticar casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram de forma prolongada com o novo caso diagnosticado de hanseníase, por meio do exame dermatoneurológico².

Pela série histórica de Mato Grosso analisada, classificou-se o percentual de contatos examinados dentre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados como precário (<75,0%) no período de 2009 a 2011 e regular (75,0-89,9%) para o período de 2012 a 2016. (Figura 4). Ressalta-se que falhas nesta estratégia de atenção perpetuam o ciclo vicioso da

doença, considerando a sua transmissibilidade.

Figura 4. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados na coorte (2009-2016). Mato Grosso, Brasil, 2016.



Fonte:

SINAN/SVS/MS/2009-2016

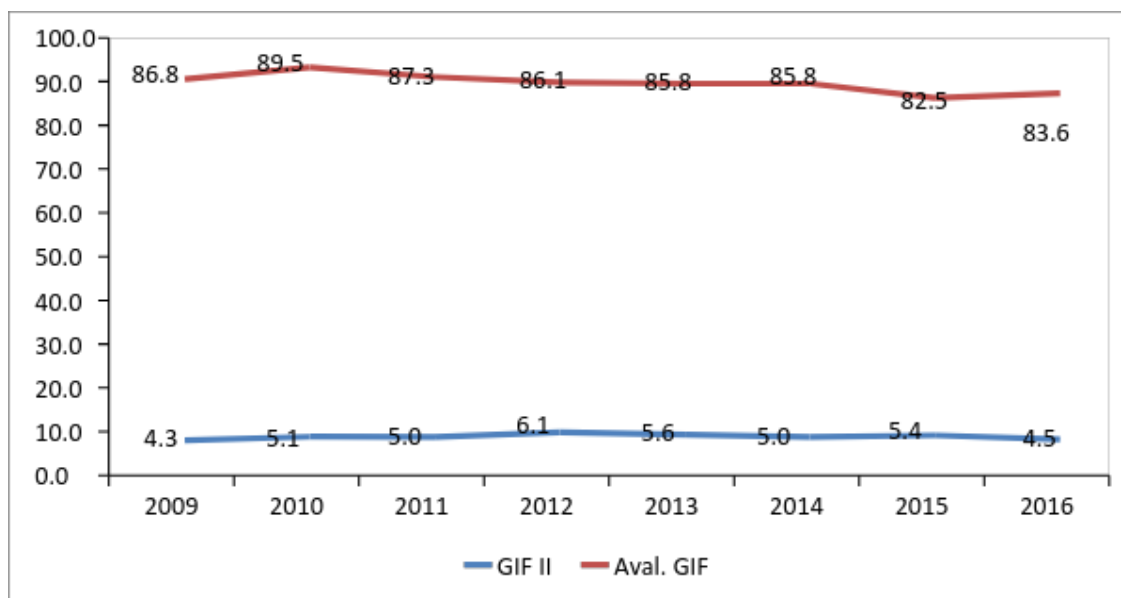
Devido ao longo período de incubação, a hanseníase é menos frequente em menores de 15 anos de idade. Contudo, em áreas de maior prevalência e no caso de detecção da doença em focos domiciliares, a incidência nesta faixa etária é esperada. Para a coorte analisada (2009-2016), Mato Grosso registrou 1.334 casos em crianças menores de 15 anos, correspondendo a 6% do total de casos registrados (Figura 2). Estes dados reforçam a presença de focos de infecção e transmissão recentes da doença.

Outro aspecto importante para a análise epidemiológica refere-se ao diagnóstico tardio da doença, tendo como consequência a presença de incapacidades funcionais e deformidades físicas, fatores de forte impacto biopsicossocial, diretamente relacionados com a manutenção do estigma e do preconceito associados à doença³.

Na coorte analisada (2009-2016), a taxa de grau de incapacidade física tipo 2 (GIF 2) avaliada no momento do diagnóstico foi classificada como regular, de acordo com os dados apresentados na Figura 5. Este quadro demonstra que o diagnóstico da doença no Estado ainda é

tardio. Outro aspecto importante a considerar dentre os casos novos, é que ocorrem situações onde o exame neurológico do paciente não é realizado no momento oportuno, ou seja, no momento do diagnóstico, o que impossibilita a prevenção de outros danos, como o desenvolvimento de úlceras em regiões hipo e/ou anestésicas decorrentes de agressões físicas que passam despercebidas pelo paciente e as limitações funcionais que poderiam ser evitadas com adequado acompanhamento fisioterápico do paciente.

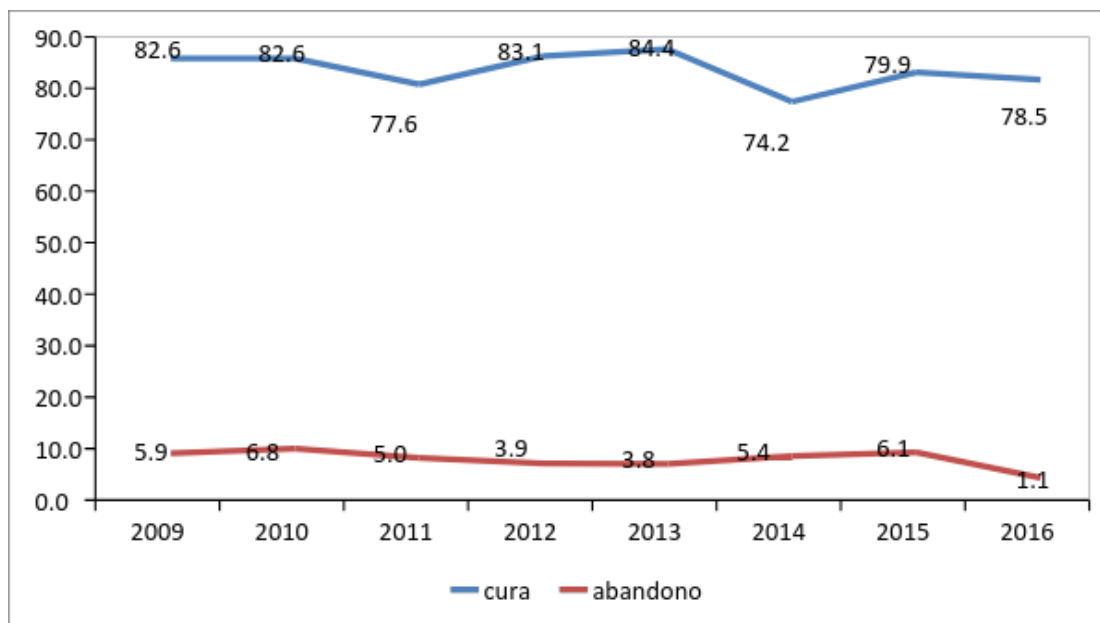
Figura 5. Proporção de casos novos de hanseníase com avaliação neurológica realizada no momento do diagnóstico e proporção de casos com incapacidades físicas detectadas no momento do diagnóstico. Mato Grosso, Brasil, 2009-2016.



Fonte: SINAN/SVS/MS/2009-2016.

Quanto ao percentual de cura, no período analisado (2009-2016), considerou-se como regular (≥ 75 a 89,9%) em todos os anos da série histórica (Figura 6). Por outro lado, a proporção de abandono foi adequada ($< 10\%$), registrando queda de 5% no ano de 2016 (1,1%) em relação a 2015 (6,1%) como pode ser observado na Figura 6.

Figura 6. Proporção de cura e abandono de hanseníase entre os casos novos diagnosticados na coorte (2009-2016). Mato Grosso, Brasil, 2016.



Fonte: SINAN/SVS/MS/2009-2016.

Analisando a relação entre todos os indicadores apresentados, em especial a prevalência e incidência da doença, afirma-se que o decréscimo na taxa de detecção geral da hanseníase será lenta, uma vez que um número significativo de infectados poderá adoecer a qualquer momento de suas vidas, motivo pelo qual é imprescindível o fortalecimento da linha de cuidado hanseníase tendo como o centro da comunicação a APS.

É preciso priorizar as estratégias que propiciem o diagnóstico precoce, como a busca ativa de novos casos e a investigação de todos os contatos intradomiciliares de uma pessoa diagnosticada com hanseníase. Estas ações podem impedir a evolução da hanseníase para as formas multibacilares e reduzir a transmissibilidade da doença e, ainda, reduzir a prevalência oculta de pessoas com sequelas físicas e emocionais^{3,12}.

De acordo com a estratégia global mundialmente reconhecida, especial atenção deverá ser dirigida para a busca ativa de novos casos entre as mulheres e crianças, explorando os espaços com maior concentração destes públicos^{3,6}. Por esse motivo, as áreas com as maiores taxas de detecção em menores de 15 anos de idade deverão ser priorizadas, intensificando as ações de comunicação e educação em saúde, essenciais para a detecção precoce e redução do impacto da

doença nesta faixa etária^{3,6}.

Outros pontos de destaque referem-se a taxas de abandono do tratamento e de incapacidades decorrentes da hanseníase, porque esclarecem muito sobre a qualidade da APS no Estado. É fundamental o acompanhamento de todos os casos novos diagnosticados até a conclusão do tratamento, de modo a possibilitar o acompanhamento contínuo e identificar recidivas ou formas resistentes da doença diante do tratamento convencional².

Nas regiões onde há incapacidades e deformidades causadas pela doença, é imperativo analisar as condições de acesso aos serviços de saúde, possíveis falhas no esquema terapêutico da poliquimioterapia (PQT) e o perfil da força de trabalho para o SUS, que precisa ser qualificada e resolutiva para as situações que determinam a atenção longitudinal e integral da APS.

Por fim, o Estado precisa envidar esforços para a compreensão dos aspectos sociais determinantes ao processo saúde-doença da hanseníase¹³. Relacionar os indicadores que retratam a morbidade, estratificados por idade, gênero, condições e estilos de vida, permitirá a compreensão da hanseníase e sua distribuição, possibilitando ao Estado a adoção de medidas socialmente articuladas e cientificamente sustentadas para a sua redução.

4. EIXOS ESTRATÉGICOS OPERACIONAIS

4.1 ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.1.1 Atenção primária à saúde

A APS traz como característica marcante a orientação comunitária. Utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas e de ciências sociais de forma complementar para o entendimento das necessidades específicas de saúde de uma população definida, bem como para o enfrentamento dos problemas de saúde, que são socialmente determinados¹⁴.

Assumir a APS como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) implica em fortalecer as condições para o ordenamento de fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes pontos da atenção¹⁵. Para isso, é imprescindível a integração das informações de saúde, extraídas dos serviços assistenciais da RAS: atenção primária, de média e alta complexidade, rede de suporte diagnóstico, informações de regulação, de urgência e emergência, mas também, de estilos e de condições de vida¹⁶.

Estas informações são essenciais para a avaliação da atenção à saúde e indicam as necessidades de investimentos em tecnologias de saúde para a RAS, que por sua vez, será ordenada pela APS, que é a porta de entrada do SUS. No caso da hanseníase, a APS realiza o acolhimento, classificação de risco e devidos encaminhamentos para a média e alta complexidade quando necessário.

4.1.2 Atenção à saúde de média e alta complexidade

A coordenação do cuidado proposto na APS observa os pontos de atenção especializada e suas relações nas redes de serviços. Além disso, sumariza os elementos que contribuem para o alcance de fluxos de referência e transição de alta qualidade para os serviços de média e alta complexidade. São quatro os elementos do modelo de APS¹⁴:

- Assegurar a responsabilização.
- Prover apoio à pessoa usuária.

- Desenvolver relações e acordos entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).
- Desenvolver conectividade pela via de sistemas de informação clínica, preferencialmente eletrônicos, que propiciem informações oportunas e efetivas entre a APS e a AAE.

Esses elementos, quando aplicados, permitem que os profissionais da atenção especializada recebam as informações de que necessitam em tempo oportuno, e que os profissionais da atenção primária saibam a situação de referência e transição das pessoas sob sua responsabilidade. Como prática humanizada e resolutiva, os usuários do SUS precisam sentir que recebem atenção coordenada¹⁴.

A rede assistencial de média e alta complexidade (municipal, regional, estadual ou nacional), ambulatorial e hospitalar para a hanseníase compreende^{17,18}:

4.1.2.1 Ações de diagnóstico e assistência de média complexidade em hanseníase

Em áreas de importante endemicidade é oportuna a implantação de centros regionais AAER, a partir de critérios técnicos e epidemiológicos, que deverá incluir as ações abaixo descritas^{17,18}:

- Validar diagnóstico diferencial pelo médico hansenólogo, para casos de alteração autonômica e sensitiva sem lesão cutânea evidente.
- Avaliar o grau de incapacidade e da função neural: avaliação ortopédica, neurológica e oftalmológica.
- Validar o diagnóstico de hanseníase em menores de quinze anos.
- Manejar os episódios reacionais, casos de intolerância medicamentosa, recidivas da doença e resistência à PQT.
- Dispensar as medicações específicas para reações adversas decorrentes do tratamento da hanseníase.
- Conduzir os casos referenciados com necessidade de realização de cirurgia de neurolise.
- Prestar atendimento multiprofissional para os casos de feridas neuropáticas complexas, contra referenciando quando possível.
- Avaliar pés neuropáticos com indicação e confecção de palmilhas e férulas adaptadas para calçados do usuário.

- Colaborar na formação profissional de acadêmicos e profissionais, sendo campo de estágio e de integração ensino-serviço.

4.1.2.2 Oferta de exames de diagnóstico para hanseníase:

Os serviços assistenciais de média e alta complexidade em hanseníase deverão contar com exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, que compreendem:

- Baciloscopia de raspado intradérmico com índices baciloscópicos e morfológicos.
- Biópsia de pele e partes moles (para diagnóstico em hanseníase e diferencial).

Nos serviços que realizam o tratamento de feridas, é importante ter um posto de coleta, de modo a possibilitar com comodidade e segurança, o acesso dos usuários para exames de cultura, antibiograma e análises clínicas em geral.

4.1.2.3 Assistência hospitalar em hanseníase

A RAS deverá estruturar-se de modo a garantir a retaguarda hospitalar para os casos de tratamento da hanseníase com maior gravidade clínica e que necessitam de maior densidade tecnológica, sendo atribuição deste ponto da atenção:

- Realizar cirurgias para reabilitação em hanseníase (adulto e pediátrico).
- Garantir referência hospitalar para as urgências e emergências médicas de pacientes adultos e pediátricos, decorrentes de reações adversas ao tratamento da hanseníase e/ou comorbidades associadas.

4.1.2.4 Centros de referência para hanseníase

Os centros de referência para hanseníase foram concebidos a partir da compreensão de que os diferentes níveis de complexidade dos serviços na área de hanseníase deverão organizar-se mediante o estabelecimento de sistema de referência e contra-referência, com orientações



técnicas normativas sedimentadas na prática baseada em evidências científicas, oriundas da pesquisa¹⁷.

Os requisitos para certificação destes centros de referência estão descritos na Portaria MS nº11 de 2 de março de 2006¹⁹ (Anexo A), que define critérios para habilitação de unidades de saúde como Centro de Referência de Hanseníase, na modalidade Nacional e Macrorregional.

Estas duas modalidades distinguem-se quanto ao quadro de profissionais qualificados disponíveis, mas ambas deverão possuir laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento, equipe multiprofissional de assistência especializada em hanseníase, plano de capacitação de recursos humanos de seu pessoal e produção científica compatível com os critérios estabelecidos de acordo com a modalidade de habilitação, que são acompanhados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Esta é uma alternativa muito viável a longo prazo: a implantação no CERMAC de um Centro de Referência Macrorregional, após a organização de estrutura mínima do ambulatório de hanseníase e implementação das ações de ensino em serviço e pesquisa para o SUS nesta unidade, projetando o Estado como referência em produção de conhecimento sobre a hanseníase e outras doenças tropicais negligenciadas.

5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A educação em saúde no SUS está alicerçada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Enquanto política, busca-se a concretização de “relações orgânicas”: entre ensino, ações e serviços de saúde. A PNEPS articula atenção à saúde e docência, incluindo neste cenário de práticas todos os sujeitos envolvidos no cuidado (profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS) ²⁰.

Recomenda-se que a EPS busque a reorientação das práticas nos campos da formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social. O que se busca é uma educação problematizadora, que catalise ações intersetoriais, incluindo os setores governamentais e entidades não governamentais, tais como sociedades científicas, conselhos reguladores, órgãos formadores de profissionais da saúde, conjuntamente com os usuários do SUS²⁰. Neste contexto, inúmeras ações poderão contribuir para a redução da carga da hanseníase no Estado, o estigma e o preconceito associados à doença.

6. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os valores da PNPS estão pautados na humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social²¹.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) concebe a humanização como importante aspecto para a evolução do homem, ao possibilitar a construção de práticas para o alcance da integralidade do cuidado e da saúde e estimular a interação do homem com o meio e com o outro.

A corresponsabilidade traduz-se na responsabilidade partilhada entre pessoas e coletividade, a partir da compreensão de que os problemas de saúde são socialmente determinados e devem ser compartilhados.

A justiça social busca a equidade, ou seja, possibilitar que pessoas menos favorecidas tenham oportunidades que lhes permitam alcançar melhor qualidade de vida, possibilitando a inclusão social.

As ações que tenham como escopo a promoção da saúde fomentam articulação e cooperação intra e intersetorial para o fortalecimento da RAS, com as redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Neste contexto, as práticas educativas que buscam a redução da carga da hanseníase baseiam-se na PNPS e na PNEPS e deverão compreender, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao autoexame, investigação dos contatos intradomiciliares, autocuidado apoiado, prevenção de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento²².

As ações regionalizadas de promoção, prevenção e redução da carga da hanseníase deverão ser incluídas no Programa Saúde na Escola (PSE, Anexo B), considerando que o público alvo do PSE atinge o grupo populacional prioritário para o enfrentamento da hanseníase (menores de 15 anos) e, entre outras ações, o PSE preconiza a busca ativa de educandos com possíveis sinais de agravos em eliminação²³.

7. COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A comunicação e saúde é um termo que ressalta a conectividade entre os campos comunicação e saúde, indicando uma forma específica “de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre estes campos sociais”²⁴.

De acordo com o posicionamento de Cardoso e Araújo

(...)como ponto de partida, o conectivo quer acentuar a articulação entre campos sociais, entendendo campo como um espaço estruturado de relações, no qual forças de desigual poder lutam para transformar ou manter suas posições (Bordieu, 1989, 1996, 1997). Campos sociais são historicamente constituídos e atualizados em contextos e processos sociais específicos (Cardoso e Araújo: 2007)

A comunicação necessita aproximar-se de cada grupo populacional específico, em especial os vulneráveis, considerando os fatores de risco para a saúde e suas relações com os aspectos sociais e culturais. A comunicação é parte indissociável da promoção da saúde²⁵.

Há que se considerar que, no panorama internacional e no Brasil, o baixo grau de escolaridade associado às piores condições de vida são fatores diretamente relacionados com a carga da hanseníase^{9,26,27}.

Compreender a concepção popular sobre determinado problema de saúde e os meios que esta população dispõe para enfrentá-lo é o ponto de partida para a promoção da saúde e inclusão social²⁸. Neste contexto, a comunicação social desempenha papel fundamental no enfrentamento da hanseníase, ao aproximar-se das populações, fazendo chegar aos diferentes ambientes, nas mais longas distâncias, informações adequadas, contribuindo para o diagnóstico precoce da hanseníase, identificando e combatendo as situações que geram estigma e preconceito.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA HANSENÍASE

Para o Estado é imprescindível a forte atuação intersetorial para buscar a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, o que determina o monitoramento contínuo dos indicadores de prevalência e incidência e de características do perfil de morbidade^{2,12}. Estas informações fornecem subsídios para o planejamento das ações, direcionamento de recursos e de tecnologias de saúde para o enfrentamento da hanseníase.

A Ficha de Notificação/Investigação e o Boletim de Acompanhamento do SINAN são essenciais para a composição e a atualização dos indicadores epidemiológicos. Para a hanseníase, existem diversos indicadores de avaliação definidos pelo MS (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de monitoramento da hanseníase.

Indicador	Utilidade	Parâmetros
Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes.	Medir a magnitude da endemia.	Hiperendêmico: ≥20,0 por 10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: <1,0 por 10 mil hab.

Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes.	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia	Hiperendêmico: >40,0/100 mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99 /100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: <2,00/100 mil hab.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes.	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência.	Hiperendêmico: ≥10,00 por 100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. Baixo: <0,50 por 100 mil hab.
Taxa de casos novos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab.	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes. Utilizado em conjunto com a taxa de detecção para monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos de hanseníase.	A tendência de redução da taxa de detecção, acompanhada da queda deste indicador, caracteriza redução da magnitude da endemia.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano.	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos.	Alto: ≥10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: <5%
Proporção de casos de	Avaliar a capacidade dos	Não especifica parâmetro

hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano (1)	serviços em assistir aos casos de hanseníase.	
Proporção de casos segundo Classificação Operacional entre o total de casos novos.	Avaliar os casos em risco de desenvolver complicações para o correto reabastecimento de PQT	Não especifica parâmetro
Taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor.	Medir a magnitude da epidemia segundo raça/cor.	Não especifica parâmetro
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento.	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento.	Bom $< 10\%$ Regular 10 a $24,9\%$ Precário $\geq 25\%$
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de	Bom: $\geq 90,0\%$ Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ Precário: $< 75,0\%$

anos das coortes.	casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos.	
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano.	Identificar municípios notificantes de casos de recidiva para o monitoramento de falência terapêutica	Não especifica parâmetro
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico.	Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde	Bom ≥90% Regular ≥75 a 89,9% Precário <75%
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes.	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	Bom ≥90% Regular ≥75 a 89,9% Precário <75%

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Além dos indicadores tradicionalmente adotados, o perfil assistencial de média e de alta complexidade diz muito em relação à qualidade da APS, acesso da população aos serviços assistenciais da APS e resolutividade destes. São aspectos importantes que devem ser monitorados pelos serviços de média e alta complexidade, para o direcionamento de investimentos adequados em todos os pontos de atenção à saúde, bem como para o ordenamento dos recursos humanos e produção de conhecimento para o SUS:

- Percentual de episódios reacionais, especialmente lesão neural.
- Características e frequência da intolerância medicamentosa.
- Número de casos de recidivas de hanseníase atendidos para avaliação e conduta terapêutica.
- Percentual e origem dos usuários referenciados para serviços de média e alta complexidade por intercorrências de hanseníase passíveis de manejo pela APS.

- Número de profissionais de saúde das regiões de saúde que participaram de capacitações, atualizações e eventos científicos na área de Hansenologia.
- Número de artigos científicos produzidos/publicados em hanseníase pelos serviços do SUS disponíveis na área de Dermatologia Sanitária.
- Número e perfil de profissionais de saúde da APS das regiões de saúde de Mato Grosso, matriciados pela equipe do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (CERMAC) na área de Hansenologia.
- Número e perfil dos profissionais de saúde da APS e outros níveis de atenção que realizam capacitação em serviço no Ambulatório de Dermatologia Sanitária na área de Hansenologia (CERMAC) e em baciloscopia (LACEN).
- Número de alunos de graduação e pós graduação das diversas áreas da saúde, em estágio curricular no Ambulatório de Dermatologia Sanitária/Hanseníase do CERMAC, de acordo com a normatização vigente (Ministério da Educação e Cultura - MEC - e ESPMT) que regulamenta estágio curricular e demais práticas acadêmicas nas unidades da SESMT.
- Projetos de pesquisa concluídos e em desenvolvimento por alunos de pós-graduação, das diversas áreas da saúde, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária/Hanseníase do CERMAC.

9. AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A LINHA DE CUIDADO HANSENÍASE NO ESTADO DE MATO GROSSO

9.1 IMPLANTAR

- Fluxos assistenciais e de regulação do Estado para a linha de cuidado hanseníase.
- Núcleo técnico científico institucionalizado no CERMAC, para apoio aos municípios e para o desenvolvimento de educação permanente em saúde, atividades de ensino, pesquisa e orientação em comunicação social.
- Serviços regionalizados de assistência ambulatorial de média complexidade para hanseníase.

- Serviços regionalizados para a reabilitação cirúrgica e funcional em hanseníase, integrados às unidades de reabilitação do Estado.
- Controle de qualidade dos exames de baciloscopia da rede laboratorial do Estado, por meio do Laboratório Central do Estado (LACEN).
- Serviço Laboratorial específico (baciloscopia e índice morfológico) para a leitura de lâminas de esfregaço intradérmico no LACEN (para atender somente o ambulatório de hanseníase do CERMAC) e atividades de EPS.
- Unidades laboratoriais regionalizadas junto aos ambulatórios de atenção especializada regionalizados (AAER) para a realização de baciloscopia.
- Unidade de coleta de exames no CERMAC para:
 - Baciloscopia de raspado intradérmico com índices baciloscópicos e morfológicos.
 - Biópsia de pele e partes moles.
 - Cultura e antibiograma em geral.
 - Análises clínicas.
- Prontuários eletrônicos nas unidades assistenciais de saúde do Estado, integrados entre os diversos pontos da atenção à saúde.
- Sistema de registro de informações específicas, relativas às principais endemias do Estado, entre elas a hanseníase.

9.2 ESTRUTURAR

- O LACEN-MT, de modo a garantir a análise laboratorial em hanseníase para o CERMAC e a continuidade das ações de ensino em serviço.
- O CERMAC, para atuar como centro de referência em ensino, EPS e atenção especializada, preparando-o gradativamente para futura habilitação como Centro de Referência Macrorregional de Hanseníase, de acordo com a Portaria Ministerial nº 11, de 02 de março de 2006¹⁹ (Anexo A).
- O Núcleo Telessaúde MT, ampliando a oferta de Tele-Educação, Teleconsultoria e Telediagnóstico, com investimento em recursos humanos e de custeio efetivos a sua operacionalização.

- As unidades assistenciais descentralizadas do Estado para atuarem como cenários de práticas de saúde e de integração ensino-serviço, com oferta de cursos de qualificação e pós-graduação em hanseníase para o SUS.

9.3 QUALIFICAR

- A equipe técnica do LACEN para o diagnóstico do Índice Morfológico no Centro de Referência Nacional – Instituto Souza Lima – Bauru-SP, considerando que é a referência para o controle de qualidade das lâminas e das leituras de esfregaço intradérmico de todos os laboratórios dos municípios do Estado.
- Os servidores da SES que são referência em hanseníase e que tenham perfil para a atuação como docentes, de acordo com a proposta pedagógica da ESPMT.
- Os trabalhadores da saúde dos municípios que atuam na APS para o diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação em hanseníase, bem como para o desenvolvimento de ações educativas e de estímulo ao autocuidado.
- Os trabalhadores da saúde que atuarão nas referências de média e alta complexidade quanto ao manejo das reações adversas, urgências e emergências médicas relacionadas ao tratamento PQT da hanseníase.
- Os laboratórios da RAS do Estado em baciloscopia.

9.4 DESENVOLVER

- Projeto pedagógico de EPS para a qualificação e monitoramento dos agentes comunitários de saúde, quanto aos aspectos sociais e culturais na abordagem em hanseníase e redução do estigma e preconceito associados à doença.
- Ações de fomento a pesquisa em hanseníase direcionadas às instituições de ensino superior e serviços de saúde do SUS.
- Ações de fortalecimento da promoção da saúde, acompanhando e apoiando os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) quanto ao desenvolvimento de ações inovadoras, de estímulo ao autocuidado e enfrentamento do estigma e preconceito.

- Estratégias intersetoriais conjuntamente com a Secretaria de Estado de Cidades (SECID) e Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS), que contemplem a educação popular em saúde, com foco no enfrentamento das doenças crônicas transmissíveis.
- Ações de fortalecimento da busca ativa de casos novos de hanseníase, conjuntamente com a Secretaria de Estado de Educação, Esporte e Lazer (SEDUC), junto ao PSE.
- Ações articuladas com a Defesa Civil para incluir na pauta de emergência, a prevenção e enfrentamento da hanseníase.
- Ações de mobilização social com a participação de comunidades e pessoas atingidas pela hanseníase, visando o empoderamento dessas pessoas e a redução do estigma e preconceito associados à doença.
- Ações intensivas voltadas à comunicação social com ênfase no diagnóstico precoce e redução de incapacidades.

10. PLANO ESTRATÉGICO PARA O ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE 2018-2020: PREVISÃO DE AÇÕES E ORÇAMENTO

O Plano Estratégico para o Enfrentamento da Hanseníase (PEHAN) foi proposto pelo grupo gestor de elaboração do presente projeto, e compreende uma série de ações e estratégias apresentadas na sequência. Foram estabelecidas metas para o período de 2018 a 2020. Entretanto, as estratégias do presente plano compreendem ações continuadas. Vislumbrou-se um Programa Estratégico de Estado, considerando que o tempo de execução deverá ir além do período definido para a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública.

10.1 REESTRUTURAÇÃO DO CERMAC

Para a implantação do ambulatório de hanseníase, será necessário:

- Ampliar o quadro de servidores públicos do CERMAC, mediante realização de concurso público ou readequação do lotacionograma da SES/MT, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Relação de profissionais de saúde necessários à implantação do ambulatório de hanseníase no CERMAC.

Profissional de saúde	Carga horária semanal	Justificativa	Número de profissionais
Médico oftalmologista	30 h	Considerando a prevalência das alterações oculares em pacientes com hanseníase ativa ou inativa, acompanhados em serviço de referência. A hanseníase pode evoluir com apresentações clínicas bastante variadas, incluindo as que lesam o aparelho ocular, tanto pela invasão direta do bacilo no globo ocular quanto por alterações secundárias às inflamações das reações hansênicas, especialmente na conjuntiva, córnea, corpo ciliar e íris, que podem chegar até a cegueira. Serviço de reabilitação visual para o paciente com grave perda de visão. Atualmente não existe unidade de referência nesta especialidade.	02
Médico nefrologista	30 h	Pacientes portadores de hanseníase, que fazem esquema terapêutico multidroga (MDT) preconizado pela Organização Mundial de Saúde deverão ser monitorados com avaliação da função renal, hepática e estudo hematológico nos dias subsequentes à sua administração. Não há profissional na	02



		referência.	
Médico hansenólogo	30 h	A situação de hanseníase no Estado é de hiperendemicidade e diagnóstico tardio, com projeção de longa data para a redução gradativa deste perfil epidemiológico. Esta situação que perdura ao longo dos séculos necessita de atuação decisiva e concreta em todos os pontos da atenção do SUS, sendo a referência necessária em especial, para os pacientes com perdas funcionais em plena idade produtiva, e que necessitam de reabilitação ortopédica e cirúrgica. De acordo com a legislação vigente, os pacientes pediátricos também deverão ser avaliados em centros de referência especializado para o fechamento do diagnóstico. O CERMAC possui somente 01 médico hansenólogo.	02
Médico cardiologista	30 h	Profissional responsável pela atenção aos pacientes de hanseníase, que apresentam disfunções cardíacas decorrentes da PQT e uso de corticóides, bem como aqueles com comorbidades associadas.	01
Médico ortopedista, especialista em mãos e pés	30 h	Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase, pelas consequências do comprometimento neural decorrente da doença. Há apenas um médico ortopedista no CERMAC, para atendimento de todos os casos clínicos	01

		referenciados para a unidade.	
Médico especialista em controle da dor (Anestesista)	30 h	Realizar consulta pré-anestésica em todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos. Manejar a dor de pacientes com neurites. O CERMAC dispõe de apenas 01 profissional.	01
Médico angiologista/vascular	30 h	O comprometimento neural com anestesia da região pode provocar úlceras perfurantes e graves consequências como necroses ósseas, as lesões ósseas neuropáticas e mutilações. O CERMAC dispõe de apenas 01 profissional.	02
Médico dermatologista	30 h	Necessário para atender pacientes com doenças infecciosas de pele e exame dermatoneurológico. É preciso disponibilizar profissional com habilitação em hanseníase, uma vez que os lotados estão atendendo demais patologias na referência especializada.	01
Enfermeiro	30 h	As consultas de enfermagem consistem no diálogo e na escuta qualificada ao portador de hanseníase como forma de torná-lo sujeito ativo. A mesma consiste na anamnese do cliente, orientação e educação em saúde relacionada ao processo da doença, fornecimento dos medicamentos, notificação do caso novo, elaboração da evolução de enfermagem, responsabilidade técnica	01

		de todos os procedimentos da equipe de enfermagem.	
Fisioterapeuta	30 h	Serviços de fisioterapia e reabilitação com profissional competente e qualificado para avaliação neurológica simplificada e prevenção de incapacidades da hanseníase. Prestar atenção adequada às neurites agudas e sub-agudas; tratar as retrações severas da mão mediante recursos de fisioterapia e férulas; acompanhar e tratar o paciente durante o pré e pós-operatório das reabilitações cirúrgicas.	01
Terapeuta ocupacional	30 h	Responsável pela confecção das órteses corretivas, treino de atividades de vida diárias para os pacientes com incapacidades funcionais e deformidades permanentes.	01

Fonte: Área técnica da Coordenadoria de Ações Programáticas e Estratégicas - COAPRE – SES/MT, outubro de 2017.

- Implantar o posto de coleta de material para análises clínicas na sede do CERMAC (considerando que muitos pacientes residentes de municípios distantes chegam para a primeira consulta no CERMAC sem exames laboratoriais específicos para hanseníase e até mesmo sem os exames de análises clínicas de rotina atualizados), com aquisição de mobiliário e equipamentos (Tabela 3) e organização do espaço físico disponível no CERMAC.

Tabela 3. Equipamentos permanentes para a implantação de posto de coleta de exames para hanseníase no CERMAC.

Material	Especificação técnica	Cód. SIAG	Quant	Valor unitário	Valor total
Armário vitrine hospitalar 02 portas laterais chapa de aço	Armário de aço, 2 portas de abrir, com chaves, 5 prateleiras, fechadura cilíndrica tipo Yale, medindo 1,98x0,90x0,40 metros, na cor cinza, pintura eletrostática com tratamento antiferruginoso.	1052810	1	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
Cadeira para coleta de sangue	Cadeira para coleta de sangue com assento estofado e apoio para o braço com regulagem de altura, estrutura tubular quadrada em aço; assento estofado; apoio de braço estofado com regulagem de altura; pés protegidos por ponteiros plásticos; acabamento com pintura eletrostática a pó.	1061751	2	R\$ 969,00	R\$1.938,00
Tambor para gaze	Tambor para gaze - confeccionado em aço	65263530 00002	2	R\$ 157,00	R\$ 314,40

	inox, com tamanho aproximado de 16 x 14 cm, polido, passível de esterilização.				
Bandeja de inox para uso hospitalar	Bandeja rasa para curativo, medindo aproximadamente 30x60 cm, confeccionada em aço inox passível de esterilização .	65262973 00003	2	R\$ 45,00	R\$ 90,00
Total geral					R\$ 3.342,00

Fonte: CERMAC MT, outubro de 2017.

- Garantir os materiais de consumo necessários aos procedimentos clínicos e de urgência dos pacientes com hanseníase atendidos no CERMAC, de acordo com a estimativa de consumo e custos anual, apresentada na Tabela 4.

Tabela 4. Relação de insumos e materiais de consumo para o ambulatório de hanseníase no CERMAC (Previsão para um ano de manutenção do ambulatório com dois médicos hansenólogos e dois médicos vasculares).

Material	Unidade de medida	Quantidade anual	Valor unitário	Valor total
Abaixador de língua de madeira	Pacote com 100 un.	20	R\$ 2,77	R\$ 55,40
Ácido graxo essencial (Dersani ou similar)	Frasco	380	R\$ 2,54	R\$ 965,20
Água destilada - ampola com 10 mL	Caixa com 100	2	R\$ 21,00	R\$ 42,00

Agulha 25 mm x 7 mm	Caixa com 100 un.	15	R\$ 7,00	R\$ 105,00
Agulha 25 mm x 8 mm	Caixa com 100 un.	15	R\$ 5,00	R\$ 75,00
Agulha 40 mm x 12 mm	Caixa com 100 un.	24	R\$ 7,00	R\$ 168,00
Agulha de insulina 13mm/4.5mm	Caixa com 100 um.	24	R\$ 7,00	R\$ 168,00
Álcool 70%	Frasco 1L	150	R\$ 8,50	R\$ 1.275,00
Álcool absoluto 99,5%	Frasco 1L	90	R\$ 4,75	R\$ 427,50
Alginato de cálcio fibra 10 cm x 20 cm	Caixa com 10 um.	100	R\$ 34,50	R\$ 3.450,00
Algodão hidrófilo	Rolo de 500 g	10	R\$ 8,27	R\$ 82,70
Anestésico xilocaína a 2% sem vasoconstritor	Frasco com 20 ml.	100	R\$ 6,92	R\$ 692,00
Atadura de crepe 10 cm x 4,5 cm	Pacote com 12 un.	250	R\$ 4,95	R\$ 1.237,50
Atadura de crepe 12 cm x 4,5 cm	Pacote com 12 un.	300	R\$ 6,00	R\$ 1.800,00
Atadura de crepe 15 cm x 4,5 cm	Pacote com 12 un.	400	R\$ 7,44	R\$ 2.976,00
Atadura de crepe 20 cm x 4,5 cm	Pacote com 12 un.	150	R\$ 9,84	R\$ 1.476,00
Bandagem bota de unha sem óleos	Caixa com 24 un.	100	R\$ 37,50	R\$ 3.750,00
Caixa coletora para pérfuro- cortante	Unidade de 13L.	70	R\$ 3,97	R\$ 277,90
Caixa de papelão de transporte de material biológico	Caixa contendo 50 um. de 10L.	50	R\$ 10,00	R\$ 500,00
Caixa térmica de isopor de 8	Caixa	50	R\$ 17,25	R\$ 862,50

L				
Caneta para aparelho de eletrocardiograma Pilot 0.5 HI- Tecpoint	Unidade	10	R\$ 22,00	R\$ 220,00
Canetas hidrográficas coloridas para realizar o exame dermatoneurológico	Estojo com 12 cores	5	R\$ 24,00	R\$ 120,00
Cateter periférico flexível intravenoso biocompatível tipo abocath 22	Unidade	30	R\$ 0,79	R\$ 23,70
Clorexidina solução degermante diluída a 2%.	Frasco 1.000mL	30	R\$ 8,13	R\$ 243,90
Coletor universal estéril com capacidade de 80 ml	Unidade	1.200	0.35	R\$ 420,00
Detergente líquido neutro	Frasco de 500 ml	300	R\$ 3,00	R\$ 900,00
Eletrodos para monitorização cardíaca adulto	Pacote com 50 um.	20	R\$ 14,00	R\$ 280,00
Equipo para soro macrogotas	Unidade	50	R\$ 1,15	R\$ 57,50
Esparadrapo de tecido 100% algodão	Rolo10cm/4,5 m.	150	R\$ 3,94	R\$ 591,00
Etiqueta de identificação de tubos 1200x1200	Caixa com 100 un.	5	R\$ 15,00	R\$ 75,00
Fio de sutura absorvível Catgut 4.0	Caixa com 24 un.	5	R\$ 138,00	R\$ 690,00
Fio de sutura absorvível Catgut 4.0	Caixa com 24 un.	5	R\$ 130,80	R\$ 654,00
Fio dental	Rolo de 500 metros	8	R\$ 9,00	R\$ 72,00
Fita adesiva hospitalar	Rolo de 19 mm/50	200	R\$ 2,14	R\$ 428,00

	m			
Fita cirúrgica hipoalérgica microporosa	Rolo de 2,5cm/10 m	192	R\$ 1,55	R\$ 297,60
Fita para autoclave em papel crepado	Rolo de 19mm/30m	144	R\$ 5,79	R\$ 833,76
Fita para glicemia capilar (accu – cheque -active)	Caixa com 50 fitas	95	R\$ 28,50	R\$ 2.707,50
Folha para eletrocardiograma	Caixa com 100 un.	13	R\$ 13,00	R\$ 169,00
Gaze picotada estéril	Pacote com 500 um. (7.5 x 7.5cm)	480	R\$ 8,17	R\$ 3.921,60
Gaze tipo queijo	Rolo	288	R\$ 34,50	R\$ 9.936,00
Gel hidratante para tratamento de feridas com alginato	Unidade com 30 g.	400	R\$ 37,00	R\$ 14.800,00
Gorro descartável com elástico	Pacote com 100 un.	10	R\$ 7,00	R\$ 70,00
Hastes flexíveis com ponta de algodão	Caixa com 75 un.	24	R\$ 2,75	R\$ 66,00
Hipoclorito de sódio a 2,5 %	Frasco de 1 L	250	R\$ 12,00	R\$ 3.000,00
Kit para teste de sensibilidade cutânea	Estojo com 7 monofilamentos	08	R\$ 186,00	R\$ 1.488,00
Lamina de bisturi nº 11, descartável em aço carbono.	Caixa com 100 un.	10	R\$ 33,00	R\$ 330,00
Lamina de bisturi nº 15, descartável, em aço carbono.	Caixa com 100 un.	10	R\$ 33,00	R\$ 330,00
Lamina de bisturi nº 23, descartável em aço carbono	Caixa com 100 un.	15	R\$ 49,50	R\$ 742,50

.				
Luva de procedimento não cirúrgico tamanho P, talcada.	Caixa com 100 un.	150	R\$ 16,99	R\$ 2.548,50
Luva de procedimento não cirúrgico tamanho M, talcada.	Caixa com 100 un.	150	R\$ 16,99	R\$ 2.548,50
Luva de procedimento não cirúrgico tamanho G, talcada	Caixa com 100 un.	50	R\$ 16,99	R\$ 849,50
Luva estéril nº 7	Pares	480	R\$ 1,27	R\$ 609,60
Luva estéril nº 7,5	Pares	480	R\$ 1,27	R\$ 609,60
Luva estéril nº 8	Pares	240	R\$ 1,27	R\$ 304,80
Malha tubular ortopédica 100% de algodão	Rolo de 30 cm/ 25 m	15	R\$ 7,14	R\$ 107,10
Máscara descartável com elástico, 100% polipropileno	Pacote com 50 un.	144	R\$ 6,50	R\$ 936,00
Monofilamento preto tecnofio-fio de sutura não absorvível 2.0 com agulha de 15 mm e fio de 45 cm	Caixa com 24 un.	4	R\$ 39,90	R\$ 159,60
Monofilamento preto tecnofio-fio de sutura não absorvível 3.0 com agulha de 15 mm e fio de 45 cm	Caixa com 24 un.	5	R\$ 42,50	R\$ 212,50
Monofilamento preto tecnofio-fio de sutura não absorvível 4.0 com agulha de 15 mm e fio de 45 cm	Caixa com 24 un.	10	R\$ 31,37	R\$ 313,70



Monofilamento preto tecnofio-fio de sutura não absorvível 5.0 com agulha de 15 mm e fio de 45 cm	Caixa com 24 un.	15	R\$ 50,50	R\$ 757,50
Monofilamento preto tecnofio-fio de sutura não absorvível 6.0 com agulha de 15 mm e fio de 45 cm	Caixa com 24 un.	8	R\$ 54,50	R\$ 436,00
Óleo mineral	Frasco com 1 L	150	R\$ 24,00	R\$ 3.600,00
Papaína a 10 %	Pote de 500 g.	50	R\$ 82,00	R\$ 4.100,00
Papaína a 2 %	Pote de 500 g.	120	R\$ 65,00	R\$ 7.800,00
Papaína a 4 %	Pote de 500 g.	120	R\$ 69,00	R\$ 8.280,00
Papaína a 6 %	Pote de 500 g.	120	R\$ 73,00	R\$ 8.760,00
Papaína a 8 %	Pote de 500 g.	50	R\$ 77,00	R\$ 3.850,00
Papel lençol hospitalar medindo	Rolo de 70 cm/ 50 m	240	R\$ 7,34	R\$ 1.761,60
Papel para esterilização	Caixa	15	R\$ 289,00	R\$ 4.335,00
Placa de curativo hidrocolóide 20 cm x 20 cm	Caixa	15	R\$ 22,79	R\$ 341,85
Puch descartável 5mm	Unidade	500	R\$ 20,00	R\$ 10.000,00
Puch descartável 6mm	Unidade	500	R\$ 21,30	R\$ 10.650,00
Rolo de plástico bolha	Rolo de 100m.	2	R\$ 41,00	R\$ 82,00
Sabonete líquido glicerinado para lavagem das mãos	Frasco de 250 ml	100	R\$ 8,10	R\$ 810,00
Seringa de 1 ml descartável com bico slip	Unidade	500	R\$ 0,25	R\$ 125,00
Seringa de 10 ml descartável com bico slip	Unidade	500	R\$ 0,05	R\$ 24,50
Seringa de 20 ml descartável, com pico slip	Unidade	500	R\$ 0,29	R\$ 145,00

Seringa de 3 ml descartável com bico slip	Unidade	500	R\$ 0,25	R\$ 125,00
Seringa de 5 ml descartável com bico slip	Unidade	500	R\$ 0,21	R\$ 105,00
Soro fisiológico 0,9%	Unidade de 250 ml.	2400	R\$ 2,18	R\$ 5.232,00
Sulfadiazina de prata a 1 %	Pote de 400 g.	200	R\$ 37,18	R\$ 7.436,00
Tubo Eppendorf	Pacote com 500 um.	4	R\$ 42,00	R\$ 168,00
Vaselina líquida	Unidade 1L.	96	R\$ 14,50	R\$ 1.392,00
Vaselina sólida , grau farmacêutico pomada de uso tópico adulto e pediátrico.	Pote de 500g.	96	R\$ 14,75	R\$ 1.416,00
Total				R\$ 154.784,61

Fonte: CERMAT MT, outubro de 2017.

- Reestruturar a sapataria do CERMAT para o atendimento das pessoas com hanseníase que necessitem de adaptação de calçados devido a presença de lesões neurais e úlceras nos pés associadas à perda de sensibilidade que a doença provoca, a partir da aquisição dos materiais pelo Estado, descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Relação de materiais necessários à implantação da sapataria de hanseníase no CERMAT.

Material	Unidade de medida	Quant. anual	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Martelo sapateiro nº 15	Un.	1	25,00	25,00
Tesoura multiuso 160/6N	Un.	2	22,00	44,00
Pedra de afiar DF retangular 8 polegadas	Un.	1	18,00	18,00
Estilete 18 mm	Un.	2	17,50	35,00

Espátula pacetta com cabo de madeira	Un.	2	12,50	12,50
Alicate universal	Un.	1	30,00	30,00
Régua aço inox 30 cm	Un.	1	9,00	9,00
Óculos de proteção incolor	Un.	2	12,50	12,50
Adesivo AM 02	Rolo de 750 g.	1	18,75	18,75
Placa borracha PTA 02mm	Un.	1	16,00	16,00
Placa borracha PTA 04mm	Un.	1	16,00	16,00
Placa borracha PTA 04mm	Un.	1	16,00	16,00
Lixa d'água 080 231-Q	Un.	2	1,10	2,20
Lâmina arco podar 21 madeira seca	Un.	1	12,00	12,00
Vaqueta abufalada	Metro	5	70,00	350,00
Rebite AE 1070/70 n 1.1/2 F NIQ	CT	10	4,20	42,00
Rebite AE 1080/90 n 2 F NIQ	CT	10	5,30	53,00
Faca Berg direita	Un.	1	17,32	17,32
Moto esmeril ½ CV Mon 127 volts, industrial	Un.	1	379,00	379,00
Total geral				1.108,00

Fonte: CERMAC MT, outubro de 2017.

- Capacitar a equipe de referência de média e alta complexidade do CERMAC, para o manejo clínico das urgências e intercorrências associadas ao tratamento (reações adversas, neurites, recidivas), resistência a PQT e interações medicamentosas em face das

comorbidades associadas com a hanseníase (diabetes, insuficiência renal crônica, entre outros), conforme será apresentado na Tabela 11.

10.2 REESTRUTURAÇÃO DO LACEN

- Capacitar a equipe do LACEN para o diagnóstico do índice morfológico no centro de Referência Nacional – Instituto Souza Lima – Bauru-SP, conforme as despesas de custeio que estão apresentadas na Tabela 11, que indica as necessidades de EPS para o presente Plano Estratégico.
- Ampliar o quantitativo de servidores públicos disponíveis para o LACEN, de acordo com o apresentado na Tabela 6, mediante realização de concurso público ou readequação do lotacionograma da SES/MT.

Tabela 6. Relação de profissionais de saúde necessários para as ações do PEHAN 2018-2020 no LACEN.

Profissional de saúde	Carga horária semanal	Justificativa	Número de profissionais necessários
Farmacêutico bioquímico ou biomédico	30 h	Atividades específicas de hanseníase: Leitura das baciloscopias; Índice morfológico; Execução do controle de qualidade das lâminas dos laboratórios municipais; Supervisão e educação em serviço para os técnicos dos municípios.	03
Técnico de laboratório	30 h	Preparação dos exames de baciloscopia e organização do setor.	02
Técnico administrativo	30 h	Registro, emissão e envio de laudos e trâmites processuais do controle de qualidade.	02

Fonte: LACEN MT, outubro de 2017.

- Adequar a estrutura física (ampliação da sala disponível no LACEN, com orçamento ainda não realizado).
- Adquirir materiais de uso permanente e equipamentos para o LACEN pelo Estado, de acordo com o descrito na Tabela 7.

Tabela 7. Aquisição de materiais para uso permanente no LACEN.

Item	Unidade	Quant.	Cód. Siag	Valor Unitário R\$	Valor total R\$
Pinça Kocher	Unid.	12	1004453	55,30	663,60
Bico de Bunsen	Unid.	4	46422	115,00	460,00
Lamparina a álcool para uso odontológico	Unid.	4	65133243 00001	75,00	300,000
Microscópio biológico trinocular	Unid.	3	1078606	23.000,00	69.000,00
Bancada lateral para laboratório	Unid.	2	48881	12.500,00	25.000,00
Bancada lateral para sala de preparação de amostras	Unid.	2	48880	9.500,00	19.000,00
Total geral					114.423,60

Fonte: LACEN MT, outubro de 2017.

- Garantir os insumos para a realização da baciloscopia pelo LACEN (Tabela 8).

Tabela 8. Relação de materiais de consumo para um ano de manutenção dos serviços do LACEN.

Item	Unidade	Quant.	Cód. Siag	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Algodão hidrófilo	Rolo	50	6526053300001	25,00	1.250,00
Fita crepe 16mmx50m	Rolo	600	6526275800001	11,00	6.600,00
Álcool etílico 70%	Frasco	600	1016116	8,50	5.100
Lâmina de bisturi nº 15	Caixa	30	6513083900001	52,00	1.560
Compressa de gaze hidrofílica	Unidade	3000	6526122600002	2,60	7.800
Lâmina de vidro com ponta fosca para microscopia 26x76mm	Caixa	100	1064787	14,50	1.450
Fucsina básica pa, (c20h20cin3)	Frasco	4	1066849	165,00	660,00
Azul de metileno, pó, frasco com 25 gramas.	Frasco	4	1012985	146,00	584,00
Álcool etílico absoluto 99% pa, frasco com 1000 ml	Frasco	50	1029448	37,00	1.850,00
Ácido clorídrico p.a. (hcl)	Frasco	5	6573312800001	225,00	1.125,00
Total geral					27.979,00

Fonte: LACEN MT, outubro de 2017.

10.3 IMPLANTAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA REGIONALIZADOS (AAER) EM HANSENÍASE

A concepção de AAER regionalizada ora proposta destina-se ao desenvolvimento das ações de média complexidade em hanseníase, apoio e matriciamento aos municípios da região de saúde onde será implantado o AAER. A Tabela 9 apresenta a relação mínima de profissionais e suas atribuições para a composição destes ambulatorios, que poderá sofrer algumas adaptações dependendo das possibilidades da região de saúde e disponibilidade de profissionais qualificados nos municípios.

Tabela 9. Quadro dos profissionais de saúde que deverão compor os AAER de média complexidade em hanseníase.

Profissional	Atribuições do profissional e justificativa	Quant.	Carga Horária Semanal
Médico para atuação específica em Hanseníase (preferencialmente Hansenólogo, ou especialista em Clínica Médica, Medicina de Família, Dermatologia)	Realizar exame dermatoneurológico e colheita de exames como raspado intradérmico para análise baciloscópica, biópsias de pele e/ou de nervo, solicitação de sorologias com indicação específica. Identificar dermatoses de interesse sanitário (leishmaniose, psoríase, câncer de pele, outras dermatoses infecciosas e da infância) com ênfase no diagnóstico diferencial de hanseníase. Referenciar para consultas especializadas para diagnóstico diferencial de neuropatias, estados reacionais hansênicos, efeitos adversos de drogas, esquemas terapêuticos substitutivos e pesquisas	02	20 horas



	básicas aplicadas, epidemiológicas e clínicas. Integrar e articular a equipe multiprofissional para que, concomitantemente aos exames, o paciente possa ser avaliado por toda a equipe multiprofissional e, quando necessário, encaminhado para outros pontos da atenção à saúde.		
Enfermeiro	Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem; dispensação de medicamentos; realização e orientações de curativos; consulta de enfermagem para pacientes e contatos; prescrição da assistência de enfermagem; assistência na realização de biópsia; coleta de materiais orgânicos para exames: sangue, swabs nasal e bucal, raspado dérmico; aplicação do teste de Mitsuda; detecção de reações hansênicas e reações adversas da PQT para encaminhamento à consulta médica.	02	
Fisioterapeuta	Avaliações das funções neurais no início e durante o tratamento e na alta do tratamento; avaliações das queixas de dor, reações ou ajuste de corticóides; avaliações trimestrais e semestrais das funções neurais após a alta do tratamento PQT durante cinco anos; avaliações de mãos e pés para indicações de órteses em oficina ortopédica; confecção de órteses (tala gessada em	02	



	membros superiores, inferiores e digitálicas); orientações quanto aos auto-cuidados e prevenção de incapacidades; orientações ao paciente sobre adaptação dos instrumentos usados nos afazeres diários e/ou profissionais; orientações de autocuidado (uso de meias brancas de algodão, luvas térmicas de proteção e óleo a base de ácidos graxos essenciais para lubrificação das mãos e pés); tratamento fisioterápico aos pacientes quando necessário, no pré e pós operatório. Abordagem fisioterapêutica por meio do auxílio de várias modalidades terapêuticas como: turbilhão, laser, ultra-som, aparelho com eletrodiagnóstico, banho de parafina, etc.		
Técnico de enfermagem	Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, sob supervisão do enfermeiro; 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); Identificar sinais e sintomas de casos de hanseníase e posterior encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento oportuno; Identificar incapacidades físicas; Encaminhar pacientes com reações hansênicas; Desenvolver ações educativas; Aplicar	02	



	técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas; Realizar visita domiciliar conforme prioridades estabelecidas; Realizar colheita de material para baciloscopia, teste de Mitsuda e teste de histamina; Preparar e esterilizar os instrumentais clínicos e cirúrgicos; Buscar faltosos e abandonos de tratamento; Desenvolver ações administrativas, tais como: participação na produção, registro e encaminhamento de dados, 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, na organização e manutenção dos prontuários e arquivo de aprazamento, no preenchimento do boletim de produção ou da planilha de computação; e dos encaminhamentos de convocação para os casos faltosos, quando necessário, solicitação de medicamentos, controle de estoque de hansenostáticos da unidade de saúde e material de consumo.		
Assistente administrativo	Verificar a entrada e saída de correspondências, receber e enviar documentos, atender chamadas telefônicas, recepcionar o público em geral, fazer o arquivamento de documentos, manter atualizados os contatos da instituição, saber	02	

	utilizar máquinas comuns em escritório (impressoras, máquinas copiadoras, computadores e programas de planilhas em geral).		
Farmacêutico-bioquímico ou Biomédico	Realizar análises clínicas, toxicológicas, físiológicas, biológicas, microbiológicas, moleculares e bromatológicas; Realizar pesquisa sobre estruturas macro e microbiológicas, efeitos de medicamentos e outras substâncias em órgãos, tecidos e funções vitais dos seres humanos e dos animais.	02	
Técnico de laboratório	Preparar todos os corantes e soluções pelos métodos padronizados; Proceder à 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.	02	

Fonte: Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária – CREDESH, Universidade Federal de Uberlândia UFU, acesso 10/10/2017, disponível em <http://credes.hc.ufu.br/institucional/atividades/atividades-desenvolvidas> ; Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Conselho Federal de Farmácia – CFF.

Considerando a situação de hiperendemicidade da hanseníase, o número de GIF 2 no momento do diagnóstico, a baixa cobertura de busca ativa de novos casos e pacientes faltosos e/ou em abandono de tratamento; E ainda, a tendência de longa permanência da doença no Estado enquanto problema de saúde pública, constatada nos indicadores de incidência e prevalência e número de doentes menores de 15 anos, o Estado precisará investir de forma expressiva na implantação da linha de cuidado Hanseníase e nas ações de comunicação e saúde e educação popular.

Por já possuírem equipe qualificada para ações de referência em hanseníase de responsabilidade do município, em especial o profissional médico, propõe-se que os seguintes municípios sejam o ponto de partida para a estruturação da linha de cuidado Hanseníase:

- Alta Floresta
- Barra do Garças
- Cáceres
- Cuiabá
- Juína
- Peixoto de Azevedo
- Querência
- Sinop
- Várzea Grande

Sugere-se que em cada um dos municípios acima indicados seja estruturado um AAER com o apoio e acompanhamento do Estado.

Neste sentido, a responsabilidade do Estado será a oferta de equipamentos permanentes (descritos na sequência do presente plano) e incentivo financeiro para despesas de custeio no valor de R\$ 10.000,00 mensais para cada AAER implantado e em funcionamento.

Cada AAER deverá ter um serviço laboratorial de análise baciloscópica na sua sede, de modo a dinamizar e ampliar a oferta dos exames específicos para a hanseníase. Os materiais permanentes necessários para este laboratório deverão ser fornecidos pelo Estado e estão descritos na Tabela 10.

Tabela 10. Relação de materiais para uso permanente nos 9 AAER previstos, para a oferta de análise baciloscópica.

Item	Unidade	Quant.	Cód. Siag	Valor unitário/R\$	Valor total/R\$
Pinça Kocher	Unid.	90	1004453	55,30	4.479,30
Bico de Bunsen	Unid.	9	46422	115,00	1035,00
Lamparina a álcool para uso	Unid.	9	6513324300001	75,00	675,00

odontológico					
Microscópio biológico trinocular	Unid.	9	1078606	23.000,00	207.000,00
Total geral					213.189,30

Fonte: LACEN MT, outubro de 2017.

10.4 REDE DE AUTOCUIDADO E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE

Nos AAER a sapataria de hanseníase deverá integrar-se às unidades de reabilitação (UDR) ou outro serviço já existente no município, esta estratégia contribuirá sobremaneira para a redução do estigma e preconceito associados à doença, uma vez que todos as pessoas que necessitem de ações de reabilitação funcional estarão convivendo num mesmo espaço no município.

Considerando a importância das ações de reabilitação das pessoas com hanseníase, propõe-se que o Estado forneça os materiais necessários para a implantação de uma sapataria para cada AAER implantado, totalizando 9 sapatarias regionalizadas. Os custos para a implantação de oito sapatarias pelo Estado foram descritos na Tabela 11.

Tabela 11. Relação de materiais necessários à implantação da sapataria de hanseníase nos 9 AAER indicados no PEHAN (período 2018-2020).

Material	Unidade de medida	Quantidade anual	Valor unitário R\$	Valor total R\$ -
Martelo sapateiro nº 15	Un.	9	25,00	225,00
Tesoura multiuso 160/6N	Un.	18	22,00	396,00
Pedra de afiar DF retangular 8 polegadas	Un.	9	18,00	162,00
Estilete 18 mm	Un.	18	17,50	315,00

Espátula pacetta com cabo de madeira	Un.	18	12,50	225,00
Alicate universal	Un.	9	30,00	270,00
Régua aço inox 30 cm	Un.	9	9,00	81,00
Óculos de proteção incolor	Un.	18	12,50	225,00
Adesivo AM 02	Rolo de 750 g.	9	18,75	168,75
Placa borracha PTA 02mm	Un.	9	16,00	144,00
Placa borracha PTA 04mm	Un.	9	16,00	144,00
Placa borracha PTA 04mm	Un.	9	16,00	144,00
Lixa d'água 080 231-Q	Un.	18	1,10	19,80
Lâmina arco podar 21 madeira seca	Un.	9	12,00	108,00
Vaqueta abufalada	Metro	45	70,00	3.150,00
Rebite AE 1070/70 n 1.1/2 F NIQ	CT	90	4,20	378,00
Rebite AE 1080/90 n 2 F NIQ	CT	90	5,30	477,00
Faca Berg direita	Un.	9	17,32	155,88
Moto esmeril ½ CV Mon 127 volts, industrial	Un.	9	379,00	3.411,00
Total geral				10.199,43

Fonte: Coordenação Estadual de Hanseníase, SES/MT, outubro de 2017.

As ações de autocuidado deverão ser exaustivamente desenvolvidas na perspectiva da intersectorialidade, aproveitando os espaços de convivência já existentes, sendo os AAER e UDR os

matriciadores para a APS quanto às orientações relativas ao desenvolvimento destas ações e atividades de EPS necessárias para a microrregião de saúde.

10.5 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PARA A HANSENÍASE

A assistência de alta complexidade (hospitalar) faz-se necessária nos casos de reações hansênicas graves (urgência e emergência médicas), manejo de intercorrências associadas ao uso de PQT e corticosteróides, bem como para a realização de procedimentos cirúrgicos.

A cirurgia reabilitadora para hanseníase tem como finalidade²⁹:

Aliviar a dor. Melhorar a função. Prevenir deformidades. Melhorar a estética. Favorecer a participação social. (Ministério da Saúde: 2002)

Cada AAER de hanseníase deverá contar com uma referência para as cirurgias de neurolise, preferencialmente na sua região de saúde.

Diante desta necessidade, a Tabela 12 apresenta o mapeamento dos serviços de saúde disponíveis para os procedimentos de média e alta complexidade em hanseníase, como **ponto de partida** para possíveis pactuações e definições de fluxos assistenciais.

Tabela 12. Caracterização da capacidade instalada de Mato Grosso para os procedimentos de média e alta complexidade em hanseníase.

Região de Saúde	Município	Serviço de referência disponível	Profissionais disponíveis
Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande	1. CERMAC – (Serviços de DermatologiaSanitária) 2. Hospital Metropolitano (Atenção hospitalar para Serviços de cirurgias em Hanseníase) 3. Hospital Universitário Julio Muller (Atenção hospitalar para referencia de Oftalmologia) 4. CRIDAC Centro especializado em Reabilitação (CER III) 5. Referencia ambulatorial e hospitalar Regional	Fisioterapeuta Hansenologista Neurocirurgião Ortopedista
Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo	Atenção hospitalar e atenção ambulatorial municipal.	Fisioterapeuta Ortopedista
Teles Pires	Sorriso Sinop	1. Atenção regional ambulatorial especializada em Hanseníase. 2. Atenção hospitalar. 3. Referência ambulatorial e hospitalar.	Fisioterapeuta Neurocirurgião Ortopedista

Sul	Rondonópolis	1. Hospital Regional e referência municipal – Centro de Saúde Guanabara. 2. Referência ambulatorial e hospitalar.	Fisioterapeuta Hansenologista Neurocirurgião Ortopedista
Alto Tapajós	Alta Floresta	1. Hospital Regional. 2. Referência regional ambulatorial e hospitalar.	Fisioterapeuta Neurocirurgião Ortopedista
Médio Norte	Tangará da Serra	Unidade Mista de Saúde – Referência municipal ambulatorial e hospitalar	Fisioterapeuta Neurocirurgião Ortopedista
Oeste	Cáceres	1. Atenção hospitalar Bom Samaritano (internação e atenção ambulatorial). 2. Hospital Regional para referência em cirurgia 3. Serviço de referência regional, ambulatorial e hospitalar.	Fisioterapeuta Neurocirurgião Ortopedista
Médio Araguaia	Barra do Garças	Serviço de referência municipal, ambulatorial e hospitalar	Fisioterapeuta Hansenologista Neurocirurgião Ortopedista
Noroeste	Juina	Serviço de referência municipal ambulatorial e hospitalar	Fisioterapeuta Ortopedista

Médio Araguaia	Querência	Serviço de referência municipal ambulatorial e hospitalar	Fisioterapeuta Ortopedista
Norte	Colíder	Hospital regional – Referência hospitalar	Fisioterapeuta Ortopedista
Vale do Arinos	Juara	Referência municipal hospitalar	Fisioterapeuta Neurocirurgião Ortopedista

Fonte: Coordenadoria de Rede de Serviços – CORS, SES/MT, novembro de 2017.

A indicação para cirurgias de reabilitação em hanseníase destina-se aos pacientes em alta por cura de no mínimo 2 anos, que não apresentem estados reacionais.

Deverão ser desenvolvidas pactuações intermunicipais e/ou com o Estado, à luz da gestão solidária e participativa do SUS mato-grossense, para a ampliação da oferta de cirurgias de neurolise e outros procedimentos de média e alta complexidade possíveis e necessários, de acordo com as especificidades regionais.

10.6 INVESTIMENTO EM EPS

Para a implantação dos núcleos regionalizados de atendimento em hanseníase, será necessário investir na EPS, considerando as especificidades do diagnóstico e tratamento da hanseníase, em todos os pontos da atenção à saúde.

10.6.1 Ações de EPS na modalidade de cursos presenciais (teórico-práticos)

Atendendo o preceito constitucional no inciso III do artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988) que prevê indicativos sobre a responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS em ordenar a formação de seus recursos humanos, A ESPMT é a instituição executora da PNEPS

(Portaria MS nº 1996/2007), para o desenvolvimento de programas e projetos educacionais nas diversas áreas.

A ESPMT integra a Rede Nacional de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), e está apta a ofertar acompanhamento pedagógico para as ações de EPS, bem como desenvolver cursos específicos em hanseníase, conjuntamente com as áreas técnicas afins.

No tocante às necessidades de educação continuada, relativas a cursos específicos para a atuação em hanseníase para os médicos que atuam na média e alta complexidade do Estado, estes deverão ser encaminhados aos centros de referência em hanseníase fora do Estado, considerando as especificidades desta qualificação profissional.

As ações de EPS previstas no presente plano serão direcionadas para qualificar:

- As equipes de profissionais de saúde da APS.
- As equipes da referência ambulatorial de média e alta complexidade (CERMAC, LACEN, médicos dos serviços de referência em média e alta complexidade voltados à atenção ambulatorial e hospitalar em hanseníase).
- Os profissionais da APS conjuntamente com os movimentos sociais e intersetoriais envolvidos com o autocuidado e o empoderamento das pessoas com sequelas da hanseníase.

A estimativa de custos dos cursos de EPS necessários consta na Tabela 13.

Tabela 13. Estimativa de custos para Educação Permanente em Saúde, na modalidade de cursos presenciais (teórico-prático) para o período 2018-2020.

Curso	Carga horária Horas/ aula	Número de turmas	Total horas aula	Total diárias e custo	Transporte	Total geral R\$
Qualificar as equipes da APS, em diagnóstico e tratamento da hanseníase nas	20	16	3 docentes: x16= 960 h/a = R\$ 115.200,00	5 (docentes, técnico da área e motorista) x 16 x 5,5 diárias x R\$180,00 =		194.400,00



16 regiões de saúde.				R\$79.200,00		
Qualificar os médicos de referência em hanseníase no Instituto Lauro de Lima em Bauru/SP para o manejo das reações adversas da PQT, reações hanseníacas, comorbidades associadas, resistência a PQT e demais intercorrências.	40	-	6 x 5,5* (R\$ 240)= R\$ 7.920,00	6 (02 Médicos, 02 Enfermeiros, 01 Fisioterapeuta, 01 Terapeuta ocupacional) x 5,5 diárias x R\$240,00 = R\$7.920,00	9.600,00 (aéreo)	17.520,00
Qualificar os técnicos do laboratório do LACEN no Instituto Lauro de Lima, Bauru-SP, que serão a referência para exame de baciloscopia e índice morfológico, controle de	40	-		3 técnicos x 5,5 diárias x R\$240,00 = R\$3.960,00	9.600,00 (aéreo)	13.560,00



qualidade das lâminas de baciloscopia de todo o Estado.							
Qualificar os profissionais ortopedistas e neurologistas para a abordagem dos casos cirúrgicos.	40h	-	3 (instrutores Porto Velho-RO) x40 x R\$160,00 h/a = R\$ 19.200,00	3 Instrutores x 5,5 diárias x R\$240,00 = R\$3.960,00 48 (16 médicos clínicos, 16 médicos ortopedistas e 16 fisioterapeutas AAEH Regionais e CERMAC) x 5,5 xR\$180,00 = R\$47.520,00 Total Diárias: R\$ 51.480,00	5.000,00 (aéreo)		94.800,00
Qualificar os ACS, médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e fisioterapeutas entre outros, para as práticas de auto cuidado e busca ativa de	20	16	3 instrutores AAEH Regionais) x R\$100,00 x 320 h/a = R\$ 96.000,00	5 (1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 odontólogo, 1 Técnico SES e 1 motorista) x16 (capacitações) x2,5 diárias x R\$180,00 = R\$36.000,00	Veículo Oficial SES-MT		132.000,00



hanseníase.						
Realizar fóruns de discussão e alinhamento com os movimentos sociais envolvidos com o auto cuidado para o empoderamento das pessoas com sequelas da hanseníase.	24	1	3 (instrutores SBH ou ILSL) x R\$160,00 x 24 h/a = R\$ 11.520,00	3 Instrutores x 3,5 diárias x R\$240,00 = <i>R\$2.520,00</i> 64 (16 médicos 16 fisioterapeutas, 16 enfermeiros AAEH regionais e 16 Técnicos ERSs) x 3,5 xR\$180,00 = <i>R\$40.320,00</i> Total Diárias: R\$ 42.840,00	5.000,00	84.960,00
Capacitar os técnicos da vigilância em saúde em processos de monitoramento e avaliação em hanseníase.	40	3 (instrutores) x40 x R\$160,00 0 h/a = R\$ 19.200,00	3 Instrutores x 5,5 diárias x R\$240,00 = <i>R\$3.960,00</i> 32 (Técnicos Vigilância em Saúde Regionais) x 5,5 xR\$180,00 =	R\$12.800,00	5.000,00	72.640,00

			R\$31.680,00			
			Total			
			Diárias: R\$ 35.640,00			
Capacitação pedagógica para os profissionais multiplicadores	80	3	2, somente para 24 horas= 9.600,00	-	-	9.600,00
Total geral						619.480

Fonte: Coordenação Estadual da Hanseníase da SES/MT; ESPMT, outubro de 2017.

10.6.2 Ações do Núcleo Telessaúde MT

O Núcleo Telessaúde MT tem grande importância para a qualificação dos profissionais de saúde da APS de Mato Grosso para o enfrentamento da hanseníase. As ações do Telessaúde, que compõem este Plano Estratégico, estão descritas na sequência.

- Desenvolver web aulas sobre hanseníase adequadas às necessidades da rede de atenção à saúde do Estado de Mato Grosso;
- Desenvolver web conferências ou outra modalidade de reunião por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação para apoiar a gestão no enfrentamento da hanseníase;
- Qualificar em hanseníase os profissionais da APS na modalidade ensino a distância, em parceria com a ESPMT;
- Responder teleconsultorias sobre hanseníase para todos os profissionais que atuam nas unidades de APS;
- Direcionar telediagnóstico em dermatologia para os médicos que atuam nas unidades de APS que solicitam a segunda opinião formativa por meio da plataforma Telessaúde;
- Desenvolver sessões clínicas em hanseníase para equipes da APS, por ambiente web, contando com o apoio matricial da equipe de referência do CERMAC.

A previsão de custos para aquisição de materiais e equipamentos para o Núcleo Tele-Educação e Teleconsultoria consta na Tabela 14:

Tabela 14. Orçamento detalhado por elemento de despesa para as ações do Núcleo Telessaúde para o período 2018-2020.

Descrição	Justificativa	Valor. Unitário R\$	Quantidade	Valor total R\$
Material permanente				
Computador (processador I7, 16 GB memória, placa de vídeo dedicada 2gb, HD sata TB; Monitor HD Ultra Wide 29''+ Câmera e Head Set).	Os Equipamentos serão utilizados para a produção de materiais didáticos, tabulação, análise de dados, gravação de aulas e webtransmissão de todas as fases do projeto.	7.000,00	02	14.000,00
Equipamento de filmagem (câmera, tripé, microfone).		15.000,00	01	15.000,00
Móveis para estúdio (sofá, mesa e painel)	Atualmente o estúdio de gravação das web aulas funciona num espaço improvisado e necessita de adequações para melhor acolher e acomodar os docentes.	10.000,00		10.000,00
<u>Sub total</u>				<u>39.000,00</u>
Material de consumo				
Material de expediente, tonner de impressora.	Consumo anual para reprodução de materiais didáticos, envio de memorandos, ofícios, reprodução de informes etc.	10.000,00	-	10.000,00

Serviços de terceiros				
Pagamento de hora-aula para pessoa física	Pagamento de hora aula a especialistas que não fazem parte das instituições parceiras e que serão referência para o temas selecionados.	100,00	51	5.100,00
Pagamento de serviços – pessoa jurídica. • Desenvolvimento de ferramentas para monitoramento de acesso, avaliação de satisfação do usuário. • Serviço de web designer e objetos educacionais. • Serviço de provedor de internet banda larga. • Contratação de licença de Software para edição de vídeo.	Há necessidade de contratação de desenvolvedores e designer para a modalidade de ensino a distância e objetos educacionais específicos da hanseníase, serviços de edição de vídeo e contratação de empresa de internet banda larga.	40.000,00	-	40.000,00
Total geral				133.100,00

Fonte: Núcleo Telessaúde MT, outubro de 2017.

10.6.3 Núcleo intersetorial de EPS em saúde para a hanseníase.

Diante da importância das ações de EPS no presente plano estratégico, será criado um núcleo intersetorial de EPS pelos profissionais de saúde lotados no CERMAC, com a participação e acompanhamento pedagógico da ESPMT.

Este núcleo estará voltado ao ordenamento de recursos humanos para o SUS para o enfrentamento da hanseníase. O núcleo também destina-se à produção de conhecimentos e de

pesquisa pelo Estado, para a intervenção nos problemas de saúde identificados e que são determinantes e condicionantes da hanseníase.

É imperativo o desenvolvimento de ações robustas de EPS, tecnicamente efetivas e cientificamente sustentadas no âmbito da gestão, atenção, educação e participação social.

10.7 INVESTIMENTO EM COMUNICAÇÃO SOCIAL

Para a redução da carga da hanseníase pelo Estado, é preciso divulgar amplamente as ações do Plano Estadual de Enfrentamento da Hanseníase 2018-2020, como compromisso político do Governo de Estado de Mato Grosso. Para a comunicação e saúde, foram previstas as seguintes ações pelo Gabinete de Comunicação (GCOM) e Assessoria de Comunicação da SES/MT (ASCOM):

- Confeccionar folders ilustrativos e educativos.
- Confeccionar cartazes ilustrativos e educativos.
- Produzir spot para rádio e para divulgação em carro de som para público identificado por critérios de risco e vulnerabilidade. (quilombolas, aldeias indígenas, comunidades ribeirinhas, de assentamentos rurais, entre outros).
- Produzir fullbanner para redes sociais.
- Produzir VT.
- Produzir vídeos com depoimentos de paciente em tratamento.
- Articular com a Coordenadoria de Promoção da Saúde e Humanização da SES/MT, a produção dos materiais gráficos e outros, com ênfase nas ações intersetoriais, conforme portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios (Anexo B), bem como com o Programa Nacional e Estadual do Bolsa Família e Pró Saúde MT, para incentivo às práticas de educação em saúde e autocuidado.

A estimativa de custos para as ações de comunicação e saúde propostas pelo GCOM/ASCOM está apresentada na Tabela 15.

Tabela 15. Previsão de investimento da GCOM/ASCOM para o PEHAN 2018-2020.

Material	Número de páginas	Características	Quantidade estimada (unidade)	Valor total R\$
Criação, produção e impressão de cartilha para agentes comunitários de saúde*	12	Papel couchê liso	10.000	Dependente da arte finalizada
Criação, produção e impressão de folder para o público de difícil acesso*	01	Papel couchê liso com 02 dobraduras	40.000	
Criação, produção e impressão de folder para o público do CERMAC*	01	Papel couchê liso com 03 dobraduras	2.000	
Criação, produção e impressão de cartaz para áreas de grande circulação*	01	Cartaz formato 1, com dimensão de 60x40 cm, papel couchê fosco	6.000	
Veiculação de spots em rádios *	-			
Criação e veiculação de spot com a identidade do Estado*	-			
Criação e produção de VT*	-			
Divulgação em alto-falante de carro de som*	-			
Produção e veiculação de vídeo depoimento*	-			
Veiculação de VT*	-			
Total geral estimado*				800.000,00

Fonte: ASCOM – SES/MT - *Valores estimados pela equipe de publicidade do GCOM, podendo ocorrer variações no orçamento de acordo com a finalização das peças artísticas em execução.

11. ESTIMATIVA GLOBAL DE CUSTOS

A Tabela 16 apresenta o plano de aplicação de recursos financeiros para o PEHAN para o período de 2018-2020. Sugere-se encaminhar o presente plano para a Secretaria de Gestão do Estado para proceder a análise de impacto financeiro referente aos encargos trabalhistas para a ampliação de recursos humanos pela SES/MT, por meio de concurso público estadual, caso sejam esgotadas as tentativas de reordenamento do lotacionograma da SES/MT, de modo a disponibilizar profissionais com o perfil necessário à do PEHAN.

Tabela 16. Estimativa global de custos para a implantação do PEHAN 2018-2020.

Ação estratégica	Valor da ação R\$
Aquisição de materiais permanentes	
Implantação de posto de coleta de exames para hanseníase no CERMAC.	3.342,00
Aquisição de materiais necessários à implantação da sapataria de hanseníase no CERMAC.	1.108,00
Aquisição de materiais para uso permanente no LACEN.	114.423,60
Aquisição de materiais para uso permanente nos 9 AAER previstos no PEHAN, para a oferta de exames de baciloscopia.	213.189,30
Implantação da sapataria de hanseníase para os 9 AAER indicados no PEHAN.	10.199,43
Investimento em recursos humanos	
Execução do planejamento de EPS na modalidade de cursos presenciais (teórico-prático).	619.480,00
Desenvolvimento de ações de teleconsultoria e tele-educação pelo Núcleo Telessaúde MT.	133.100,00



Oferta de profissionais de saúde necessários à implantação do ambulatório de hanseníase no CERMAC, ampliação dos serviços do LACEN e coordenação técnica do Programa Estadual de Hanseníase da SES/MT.	Dependente de lavantamento da força de trabalho disponível pelo setor de gestão de pessoas da SES/MT. Necessário proceder análise de impacto dos encargos trabalhistas para futura realização de concurso público.
Investimento em comunicação social: lançamento da campanha estadual "MT Contra a Hanseníase"	
Ações de comunicação e saúde coordenadas pela GCOM.	800.000,00
Total geral	1.895.975,76

Fonte: Grupo gestor de elaboração do PEHAN 2018-2020, outubro de 2017. *Não foram contabilizados os custos relativos à aquisição de recursos humanos necessários à execução do PEHAN.

Tabela 17. Estimativa de custeio mensal do CERMAC, LACEN e incentivo mensal do Estado para os 9 AAER implantados (período 2018-2010).

Ação estratégica	Valor da ação R\$
Despesas de custeio mensal	
Insumos e materiais de consumo para o ambulatório de hanseníase no CERMAC	12.898,71
Insumos e materiais de consumo para os serviços de análise baciloscópica do LACEN.	2.331,00
Repasse de incentivo financeiro estadual mensal para os 9 AAER	90.000,00
Total geral	105.229,71

12. RESULTADOS ESPERADOS PARA O PEHAN 2018-2020

Ao final do período proposto, em consonância com a Estratégia Global da Hanseníase da OMS (2016-2020)³ e com o protocolo de ações de campo denominado “Projeto de Campo - Abordagens Inovadoras para Intensificar Esforços para um Brasil Livre de Hanseníase”, firmado entre OPAS e MS (2017-2020)⁷, espera-se que este plano seja avaliado de acordo com os indicadores propostos, aceitos internacionalmente^{3,7,30} e conforme as necessidades do Estado. Estes indicadores estão descritos na Tabela 18.

Tabela 18 – Resultados esperados, indicadores de monitoramento e metas do PEHAN 2018-2020.

Resultados esperados	Indicador	Meta		
		Ano 1	Ano 2	Ano 3
Melhoria da detecção de casos	Aumentar a proporção de menores de 15 anos entre os casos de hanseníase detectados.	+ 10%	+ 10%	+ 10%
	Aumentar a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 hab.	+30%	+30%	+30%
	Reduzir o percentual de casos de hanseníase com GIF 2 no momento do diagnóstico entre os casos novos diagnosticados e avaliados no ano.	- 5%	-15%	-20%
Aumento das habilidades dos profissionais de saúde em prestar serviços de qualidade em diagnóstico precoce, exame de contatos, prevenção de incapacidades, autocuidado e sapataria.	Aumentar a proporção de profissionais de saúde capacitados com aproveitamento e frequência nas capacitações superior a 75%.	>70%	>80%	>90%
	Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	+20%	+30%	+30%
	Proporção de equipes de saúde da família com grupos de autocuidado	10%	50%	80%

	implantados.			
	Aumentar o percentual de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte.	+5%	+5%	5%
Melhoria na rede laboratorial	Número de laboratórios habilitados no diagnóstico laboratorial da hanseníase.	> 60%	> 80%	> 90%
	Número de laboratórios supervisionados no controle de qualidade do diagnóstico laboratorial da hanseníase.	> 60%	>80%	> 90%
Melhoria na oferta de procedimentos cirúrgicos.	Aumento do percentual de cirurgias ortopédicas reabilitadoras realizadas nos pacientes regulados pelas unidades de referência.	> 60%	>80%	> 90%
Incremento na participação de gestores e líderes da comunidade em atividades para aumentar o interesse e o conhecimento sobre hanseníase.	Proporção de gestores e líderes comunitários que participaram de eventos sobre hanseníase.	>70%	>80%	>90%
Ter conhecidas e priorizadas as necessidades de tele-educação para os profissionais da APS em Mato Grosso por meio da análise de teleconsultorias e telediagnóstico em hanseníase, identificando a categoria profissional do solicitante, tipo de dúvida, município de atuação e outros dados disponíveis na Plataforma Telessaúde MT.	Perfil de necessidades de tele educação e tele diagnóstico mapeado.	100%	100%	100%

Ampliação da oferta de recursos educacionais por meio do tele-educação (<i>web</i> aula, cursos à distância, vídeos educacionais e outros objetos educacionais).	Recursos educacionais mapeados e ofertados pelo Núcleo de Tele-Educação MT.	20%	25%	50%
Ofertar projetos de curso na modalidade de ensino a distância para atender as demandas do plano, sob o acompanhamento pedagógico da ESPMT.	Número de projetos de curso elaborados pela ESPMT.	20%	25%	50%
Ofertar cursos de metodologias ativas para os facilitadores/docentes da SES/MT responsáveis pelos processos de capacitação.	Número de cursos ofertados pela ESPMT.	25%	50%	100%
Certificar facilitadores/docentes e alunos participantes dos cursos voltados para o enfrentamento à hanseníase em MT pela ESPMT.	Número de certificados emitidos pela ESPMT durante a vigência do projeto.	75%	85%	90%
Implantar o Núcleo Intersetorial de Educação Permanente em Hanseníase no CERMAC para planejamento, execução, monitoramento e avaliação das propostas de EPS em hanseníase, sob a coordenação pedagógica da ESPMT.	Núcleo implantado e coordenado pela ESPMT.	-	-	-
Estruturação do LACEN.	Profissionais concursados disponíveis, adequação física e oferta de materiais, insumos e equipamentos.	>50%	>75%	>100%
Estruturação do CERMAC.	Profissionais concursados	>50%	>75%	>100%



	disponíveis , adequação física e oferta de materiais, insumos e equipamentos.			
Implantação de 9 AAER	Proporção de AAER implantados do total de AAER previstos.	>50%	>75%	>100%

Fonte: adaptado do *Protocolo de campo do projeto abordagens inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre de hanseníase*⁶; Coordenação Estadual do Programa de Hanseníase da SES/MT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília (DF); 2017.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília (DF); 2016.
3. Organização Mundial de Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Genebra; 2016.
4. Organização Panamericana de Saúde. OPAS colabora com o Brasil para livrar país da hanseníase. Brasília (DF); 2017. Acesso em, 20 de outubro de 2017. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5474:opas-oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniose&Itemid=812.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Agravos e Notificação – SINAN.
6. Organização Panamericana da Saúde. Ministério da Saúde. Protocolo de campo do projeto abordagens inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre de hanseníase. Brasília (DF); 2017.
7. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
8. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde – CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da CDSS. Portugal; 2010.
9. Organização Mundial da Saúde. Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. Genebra: OMS; 2010.
10. Magalhães MCC, Santos ES, Queiroz ML et al. Migração e hanseníase em Mato Grosso. Ver. Bras. Epidemiol. 2011; 14(3): 386-97.
11. Santos ES, Magalhães MCC, Queiroz ML et al. Distribuição espaço-temporal da hanseníase em Mato Grosso. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2010; 6(10):1-13.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose 2ª ed. Brasília (DF); 2008.

- 13.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília (DF); 2014.
- 14.Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família Rev.Bras Enferm. 2013; 66(esp):158-64.
- 15.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Debate 5. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília (DF); 2016.
- 16.Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: EACH/USP; 2012.
- 17.Organização Pan-Americana da Saúde Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília (DF); 2010.
- 18.Brasil. Portaria Ministerial nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as diretrizes para atenção, vigilância e controle da hanseníase.
- 19.Brasil. Portaria Ministerial nº 11, de 2 de Março de 2006. Define critérios para habilitação de unidades de Saúde como Centro de Referência de Hanseníase.
- 20.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde (Série Pactos pela Saúde). Brasília (DF); 2006.
- 21.Brasil. Portaria Ministerial nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a política nacional de promoção da saúde.
- 22.Nepomuceno SFB. Detecção e acompanhamento dos casos de hanseníase em um município hiperendêmico do Brasil. Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem. Universidade Federal do Maranhão; 2017.
- 23.Brasil. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
- 24.Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
- 25.Loureiro I. Miranda N. Promover a saúde. Dos fundamentos à ação. 2ª ed. Portugal: Almedina. 2017. 499p.
- 26.Nery JS. Efeitos do Programa Bolsa Família e da Estratégia de Saúde da Família em doenças infecciosas relacionadas à pobreza: tuberculose e hanseníase. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia; 2016.



27. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna MLF et al. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. PLOS Neglected Tropical Diseases 8(11): e3357. Acesso em 17 de outubro de 2017. Disponível em <http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357>.
28. Moreira J, Dos Santos HR, Teixeira RF, Frota PRF. Educação popular em saúde: a educação liberadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. Contrapontos. 2007; 7(3): 507-21.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de cirurgias. Série J. Cadernos de Reabilitação em Hanseníase, nº3. Brasília (DF); 2002.
30. World Health Organization. Global leprosy strategy 2016–2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Monitoring and evaluation guide. Geneva: WHO; 2016.

ANEXO A

PORTARIA Nº 11, DE 2 DE MARÇO DE 2006

Define critérios para habilitação de unidades de Saúde como Centro de Referência de Hanseníase.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36, do Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003; e

Considerando a necessidade de dar cumprimento às diretrizes nacionais que visam orientar, prevenir, tratar e eliminar a hanseníase;

Considerando a necessidade de orientar os diferentes níveis de complexidade dos serviços na área de hanseníase de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, bem como organizá-los mediante o estabelecimento de sistema de referência e contra-referência;

Considerando que as orientações técnicas normativas devem ser sedimentadas na melhor medicina baseada em evidências científicas oriundas da pesquisa, resolve:

Art. 1º - Definir critérios para o reconhecimento de Unidade de Saúde como Centro de Referência Nacional de Hanseníase e Centro de Referência Macro-Regional de Hanseníase, conforme descrito a seguir:

I. Realizar estudos e pesquisas em epidemiologia, avaliação, diagnóstico, terapêutica, aspectos relacionados aos episódios reacionais, especialmente a lesão neural; aspectos operacionais, para o controle da hanseníase;

II. Ter seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa ou estar formalmente vinculado a um comitê reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;

III. Possuir, em seus quadros de pessoal, profissionais com titulação em nível de pós-graduação reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, sendo:

a) Centro de Referência Nacional: 30% com graduação, 30% com especialização, 15% com mestrado e 10% com doutorado; e

b) Centro de Referência Macro-Regional: 30% com graduação, 20% com especialização e 5% com mestrado.

IV. Possuir laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento;

V. Ter um plano de capacitação recursos humanos para seu quadro de pessoal;

VI. Apresentar produção científica mínima de:

a) Pelo menos dois manuscritos em periódicos nacionais; e

b) Um em periódico nacional ou internacional indexado no index medicus, a cada ano.

VII. Dispor de equipe multidisciplinar capacitada e atualizada para a assistência à saúde em hanseníase;

VIII. Prestar assistência à saúde, em nível especializado, esclarecendo diagnósticos, recidivas, intercorrências, especialmente nos aspectos relacionados aos episódios reacionais e a lesão neural de hanseníase;

IX. Prestar assessoria às diversas instâncias do SUS, resguardada sua aptidão;

X. Trabalhar de forma integrada com os demais centros de referência nacionais; e

XI. Assessorar o Ministério da Saúde nas decisões referentes à política de hanseníase estando em consonância com as normas técnicas nacionais.

§ 1º Conforme disposto no Inciso III deste Artigo, todos os profissionais com pós-graduação strictu-sensu, devem ter seus currículos disponíveis na base Lates do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

§ 2º Conforme disposto no inciso VI não serão contabilizáveis os resumos de trabalhos publicados em anais de congressos.

Art. 2º - Os centros de Referência serão habilitados em nacionais ou macro-regionais, após aplicação de procedimento de Certificação/ Acreditação de Centros de Referência Nacionais e Macro Regionais em Hanseníase e condicionado aos parâmetros de pontuação definidos no instrumento de certificação.

§ 1º A Secretaria de Vigilância em Saúde manterá dados atualizados, contendo informações sobre chefia, coordenação, endereço, telefone, fax, e-mail e corpo docente das unidades habilitadas, que deverão comunicar à SVS qualquer alteração nos dados.

§ 2º A habilitação terá validade de 2 (dois) anos a contar da data da publicação de Portaria de certificação, sendo necessário novo processo de avaliação para renovação.

§ 3º Um Centro reconhecido como Referência Nacional poderá, em qualquer momento, ter sua habilitação cancelada se não houver o cumprimento dos critérios definidos nesta Portaria.

§ 4º Os centros de Referência nacionais já habilitados terão o prazo de 1 (um) ano, a partir da publicação desta, para cumprir os critérios estabelecidos, bem como aplicar o instrumento de certificação.

Art. 3º - As unidades que forem habilitadas como Centro de Referência Macro-Regional em Hanseníase e aprovadas com restrição como Centro de Referência Nacional em Hanseníase, poderão reaplicar o instrumento de certificação para habilitação como Centro de Referência Nacional, no prazo de 1 (um) ano a contar da data de anuência do resultado.



Art. 4º - Estabelecer o prazo de 3 (três) anos a contar da data de anuência do resultado, para nova solicitação de credenciamento, nos casos em que a Unidade de Saúde avaliada como inapta, inclusive para habilitação como Centro de Referência Macro-Regional em Hanseníase.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º - Revogar a Portaria nº 41/SVS, de 21 de setembro de 2005, publicada no DOU nº 183, Seção 1, página 54, de 22 de setembro de 2005.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

Ministro de Estado de Saúde

ANEXO B

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017

Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO e o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição, e CONSIDERANDO:

A Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional;

O Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências;

A Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

A Portaria no 1.144 GM/MEC, de 10 de outubro de 2016, que institui o Programa Novo Mais Educação, que visa melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental;

A Portaria Interministerial no 675/MS/MEC, de 4 de junho de 2008, que institui a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola;

A Portaria no 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;

A Portaria no 2.446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS;

A Portaria no 798/GM/MS, de 17 de junho de 2015, que redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola - Semana Saúde na Escola;

A Resolução no 22/CD/FNDE, de 22 de junho de 2012, que dispõe sobre a destinação de recursos financeiros a escolas públicas da educação básica, nos moldes e sob a égide da Resolução no 7/CD/FNDE, de 2012, para a implementação do Plano de Desenvolvimento da Escola – PDE Escola;

A Resolução no 5/CD/FNDE, de 25 de outubro de 2016, que destina recursos financeiros a escolas públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal, nos moldes operacionais e regulamentares do Programa Dinheiro Direto na Escola - PDDE, a fim de contribuir para que as escolas realizem atividades complementares de acompanhamento pedagógico, em conformidade com o Programa Novo Mais Educação; e

A necessidade de desenvolver ações de promoção, de atenção à saúde e de prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde, bem como de formação continuada e permanente a serem realizadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios, de modo a possibilitar a ampliação da cobertura e das ações de saúde nas escolas, resolvem:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Ficam redefinidas as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e ficam dispostas as diretrizes para regulamentar o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

Art. 4º São diretrizes para a implementação do PSE:

I. descentralização e respeito à autonomia federativa;

II. integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III. Territorialidade;

IV. interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V. integralidade;

VI. cuidado ao longo do tempo;

VII. controle social; e

VIII. monitoramento e avaliação permanentes.

CAPÍTULO II

DA IMPLEMENTAÇÃO, EXECUÇÃO E GESTÃO DO PSE

Art. 5º O PSE será implementado mediante adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios aos objetivos e diretrizes do Programa, formalizada por meio:

I - do preenchimento, pelo município ou pelo Distrito Federal, do Termo de Compromisso do PSE, acessível por meio da ferramenta eletrônica disponibilizada no sítio eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>; e

II - da assinatura de Termo de Adesão, pelos estados, a ser disponibilizado no sítio eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>, mediante o qual se comprometerão a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a constituir ou fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE – GTIE, previsto no art. 7º desta Portaria.

Parágrafo único. No preenchimento do Termo de Compromisso de que trata o inciso I, o município ou Distrito Federal indicará as equipes de Atenção Básica e das escolas da Educação Básica da rede pública e demonstrará a anuência dos gestores da Saúde e Educação municipais e do Distrito Federal ao Termo de Compromisso do PSE, observado o seguinte:

I - todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas ao PSE;

II - os secretários estaduais e municipais de educação e de saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa; e

III - o município ou o Distrito Federal poderá pactuar escolas estaduais e institutos federais de ensino em seu território, sendo necessária prévia articulação com os gestores dessas instituições.

Art. 6º A adesão ao PSE, pelos estados, Distrito Federal e municípios, terá duração de vinte e quatro meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após doze meses do início da respectiva vigência.

Art. 7º A gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, a cargo dos gestores da saúde e da educação e suas representações organizadas em Grupos de Trabalho Intersetoriais - GTI, instituídos nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal de gestão do PSE, por normativa legal ou ato próprio, e em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE.

Parágrafo único. A qualquer tempo, os gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do PSE poderão incluir representantes de outros setores da gestão pública nos respectivos GTI.

Art. 8º Para a execução do PSE, compete ao Ministério da Saúde - MS e ao Ministério da Educação - MEC, em conjunto:

- I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de educação e o SUS;
- II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;
- III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE;
- V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde e de educação os indicadores de avaliação do PSE; e
- VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

Art. 9º A formação dos gestores e dos técnicos da saúde e da educação é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser realizada de maneira contínua e permanente.

§ 1º No âmbito do MEC, a formação de que trata o caput deve alinhar-se à Política de Formação da Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação – SEB-MEC.

§ 2º No âmbito do MS, a formação de que trata o caput deve estar em sintonia com a Política de Educação Permanente para formação dos profissionais do SUS.

CAPÍTULO III

DAS AÇÕES NO ÂMBITO DO PSE

Art. 10 O estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;

- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

§ 1º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

- I - os contextos escolar e social;
- II - o diagnóstico local de saúde; e
- III - a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica.

§ 2º As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

Art. 11. O registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE será efetuado e atualizado no sistema de informação da Atenção Básica pelos profissionais da saúde ou pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos municípios.

CAPÍTULO IV

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DE CUSTEIO ÀS AÇÕES NO ÂMBITO DO PSE

Art. 12. Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

§ 1º O Distrito Federal e municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o caput acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos).

§ 2º O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o Distrito Federal e municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS.

§ 3º A qualquer tempo o MS poderá acrescentar os recursos financeiros do PSE, observando as demandas sanitárias e epidemiológicas do país e indicadores de saúde do Distrito Federal e municípios que possam colocá-los em situação de vulnerabilidade perante o(s) evento(s).

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. O monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 14. O período da adesão ao PSE e os informativos complementares ao processo serão divulgados em sites oficiais do MS e do MEC. 15. Todas as equipes aderidas ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e também ao PSE participarão, nos moldes previstos no PMAQAB, dos processos de monitoramento, autoavaliação, apoio institucional e avaliação externa, com destaque especial para as ações desenvolvidas junto às escolas e aos educandos.

Art. 16. Os indicadores e padrões de avaliação do PSE serão publicados em manual técnico elaborado de forma colegiada pelo MS, pelo MEC e por representantes da Comissão Intergestores Tripartite do SUS e disponibilizado no início de cada ciclo de adesão.

Art. 17. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e no 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 18. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o

ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 19. Nos casos em que se verificar que não houve a execução do objeto originalmente pactuado e que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 20. Os recursos financeiros para a execução das atividades previstas nesta Portaria são oriundos do orçamento do MS, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.20AD (PO 0006 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família) e outras que se fizerem necessárias com vistas ao aporte de recursos complementares previstos no art. 13, § 3º, desta Portaria.

Art. 21. Fica revogada a Portaria Interministerial no 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MENDONÇA FILHO

Ministro de Estado da Educação

RICARDO BARROS

Ministro de Estado de Saúde