



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ELAYNE CRISTINA VIDAL DA COSTA  
NAZARENO CAPELA DAS MERCES JUNIOR

PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Belém – PA

2016

ELAYNE CRISTINA VIDAL DA COSTA  
NAZARENO CAPELA DAS MERCES JUNIOR

PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

TCC apresentado ao curso de graduação em enfermagem da UFPA, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Federal do Pará, tendo como orientadora a Prof<sup>ª</sup> Msc. Hilma Solange Lopez Souza.

Belém - PA

2016

PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito de exigência para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Federal do Pará, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup> Mrs. Hilma Solange Lopez Souza.

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Hilma Solange Lopez Souza  
Universidade Federal do Pará/UFPA  
Orientador

---

Prof<sup>o</sup> Msc. Marcelo Ricardo dos Santos Silva  
ESAMAZ  
Membro Externo

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Rosa Botelho Pontes  
Membro Interno

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito:\_\_\_\_\_

Em memória de meu irmão Felipe Vidal da Costa que sempre esteve presente em minha vida, me apoiando e incentivando para alcançar todos os meus objetivos, sendo o melhor irmão, amigo e o meu exemplo de garra e determinação. Que me ensinou a encarar as dificuldades sempre com otimismo e bom humor. **Elayne Cristina Vidal da costa**

A todos os que sempre me ampararam e me deram força para chegar a esta conquista, em especial a minha mãe Lilian Capela, a minha esposa Oziane Vasconcelos e a minha filha Sabrina Barros. **Nazareno Capela das Mercês Júnior**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por ter nos concedido a graça de cursar e concluir um ensino superior, e ter nos dado força nessa caminhada, que diante às dificuldades sempre confiamos nele para seguir em frente.

Aos nossos pais por ter nos educado, nos dado amor e todo o suporte para alcançarmos esta grande conquista.

Aos nossos amigos por ter nos acompanhado nessa trajetória e ter compartilhado dos momentos bons e de dificuldade durante o curso.

A todo o corpo docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, por ter nos proporcionado todo o conhecimento necessário para sermos grandes profissionais.

A nossa professora e orientadora Mrs Hilma Solange Lopes Souza por ter nos acolhido quando precisamos e acreditado que seria possível fazer um excelente trabalho em um curto prazo.

Ao amigo e coorientador Mrs Marcelo Ricardo dos Santos Silva por ter nos apoiado e auxiliado na construção deste projeto e ajudado a solucionar todos os “pepinos” referentes a ele.

## RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa responsável por deformidades funcionais que trazem implicações e desdobramentos na vida dos sujeitos que portam esta doença. É carregada com um peso simbólico que reforça estigmas e preconceitos milenares, cujas repercussões trazem sérios prejuízos de ordem social e psicológica. A equipe multiprofissional tem um papel fundamental na promoção das ações de controle da doença. Nesse sentido este estudo tem como objetivo descrever as percepções da equipe de saúde que atua na unidade básica de saúde do Guamá sobre a hanseníase, pois entendemos que as experiências desses profissionais que lidam todos os dias com dificuldades, imprevistos e problemas para garantir com que essas ações de controle se efetivem, precisam ser elucidadas para que se compreendam como melhorar a assistência. As percepções que estão situadas no campo simbólico, e se manifestam de forma subjetiva, carregam nas entrelinhas dos discursos conhecimentos, experiências e saberes que precisam ser escutados com vista a facilitar a formulação de políticas públicas mais satisfatórias no controle da doença. Este estudo possui uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo de inquérito transversal. Foi realizado na Unidade Municipal de Saúde do Guamá, no Município de Belém no estado do Pará, com a equipe multiprofissional de saúde atuante na unidade. Aplicou-se um questionário para identificar o perfil socioprofissional desses trabalhadores, e um roteiro de entrevista semi-estruturada, cuja técnica de coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista aberta em profundidade. A análise dos dados ocorreu através da técnica de análise de conteúdo. Os resultados indicam que cada membro da equipe multiprofissional atua dentro do programa da hanseníase de acordo sua atribuição profissional. As ações de controle da hanseníase são executadas de forma geral, em perspectiva individual e fragmentadas, porém os membros da equipe dentro das suas limitações de infraestrutura, falta de médicos que atendam pacientes com hanseníase, buscam uma integração mais satisfatória. Porém há pouco espaço para realização de educação permanente. A equipe multiprofissional tem um papel fundamental na garantia da resolutividade das ações de controle da hanseníase; é importante que haja uma política integrada de educação permanente para que os profissionais sejam instrumentalizados a promoverem essas ações de forma mais humanizada e integrada.

Palavras-chave: Hanseníase, assistência multiprofissional, atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease responsible for functional deformities that have implications and consequences in the lives of individuals who carry the disease. It is loaded with a symbolic weight that reinforces stigmas and ancient prejudices, whose effects bring serious damage to social and psychological. The multiprofessional team has a fundamental paper in the promotion of the actions of control of the disease. In this sense this study aims to describe the health team perceptions that operates in the basic health unit of Guama about leprosy, because we understand that experiences of these professionals who deal every day with difficulties, unforeseen and problems to ensure that these control actions be taken, need to be clarified so that they understand how to improve care. Perceptions that are located in symbolic field and manifest subjectively, carry the lines of speeches knowledge, experience and knowledge that need to be heard in order to facilitate formulating more satisfactory public policy in controlling the disease. This study has a qualitative approach, descriptive cross-sectional survey. It was held in Basic unit of Health in Guamá neighborhood with BELÉM city in the state of Pará, with the health care professionals who perform service to users with leprosy. Was a questionnaire to identify the socio-professional profile of these workers, and semi-structured interview, whose data collection technique was through an open in-depth interview. Data analysis occurred through technique content analysis. The results indicate that each member of the multidisciplinary team works within the leprosy according their professional assignment program. Control actions leprosy are performed generally in individual and fragmented perspective, however team members within their infrastructure limitations, lack of doctors meet the unit leprosy patients seek a more satisfactory integration. But there is little room for conducting training, ongoing education and updates. The multidisciplinary team has a key role in ensuring the success of actions in leprosy control; It is important to have an integrated education policy permanent so that professionals be exploited to promote these actions more humane and integrated manner.

Keywords: leprosy, multidisciplinary care, primary health care

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. QUESTÕES NORTEADORAS.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
4.1 Objetivo geral.....	13
4.2 Objetivos específicos.....	13
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5.1 Definição.....	14
5.2 Marcos referenciais no controle da hanseníase.....	15
5.3 Diagnóstico.....	16
5.4 Investigação epidemiológica para o diagnóstico precoce.....	17
5.5 Tratamento.....	18
5.4. Ações da equipe multiprofissional no controle da hanseníase.....	21
6. METODOLOGIA.....	23
6.1 Tipo de estudo.....	23
6.2 Local de estudo.....	23
6.3 Amostra/sujeitos da pesquisa.....	23
6.4 Critério de inclusão.....	24
6.5. Critério de exclusão.....	24
6.6 Instrumento de coleta de dados.....	24
6.7 Técnica de coleta de dados.....	24
6.8 Análise dos dados.....	25
6.9 Questões éticas e legais.....	25
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
7.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	26
7.2 Percepções da equipe multiprofissional sobre as ações de controle da hanseníase.....	29
7.2.1 Os estigmas sobre a hanseníase e a garantia de direitos do portador da doença.....	29
7.2.2 Ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase pela equipe multiprofissional.....	33
7.2.3 Educação Permanente da equipe multiprofissional na assistência a hanseníase.....	36
7.2.4 Determinantes que dificultam as ações de controle da hanseníase.....	40
8. CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOPROFISSIONAL

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase se configura como doença infecto-contagiosa que possui uma evolução lenta, que com o tempo pode apresentar sintomas dermatoneurológicos como lesões de pele e nos nervos periféricos, os pés, as mãos e os olhos também podem ser acometidos (FREITAS et al, 2008).

É uma doença milenar conhecida desde as antigas civilizações que carrega um peso simbólico que está ancorado em estigmas e preconceitos. Essa doença de pele, até então chamada de lepra carregou consigo durante a história da humanidade discriminação, rejeição, sofrimento e isolamento social. A partir de 1995 o governo brasileiro mudou sua nomenclatura por meio da lei nº 9.010 de 1995, proibindo o uso do termo lepra em documentos oficiais das três esferas de gestão. A partir dessa lei, o termo que caracteriza a doença, passou a ser “hanseníase” em homenagem ao norueguês Gerhard Hansen (1841-1912) que descobriu em 1873 a bactéria causadora da doença (SILVEIRA et al, 2014).

Em termos sociais apresenta um padrão epidemiológico desigual em uma perspectiva territorial e de classe social, ou seja, sua ocorrência predomina nas regiões norte e nordeste que são regiões com um menor padrão de vida e mais desiguais em relação ao sul e sudeste; atinge classes sociais menos favorecidas economicamente que se encontram em situação de vulnerabilidade social pelas condições ambientais de moradia, tratamento da água e esgoto, e saneamento precário (BRASIL, 2007).

O comportamento da doença apresenta tais especificidades conforme essas determinantes e condicionantes. Porém esse aspecto do comportamento epidemiológico que leva em consideração todos esses fatores, apesar de existir uma preocupação da literatura em identificar a história natural da doença em uma perspectiva ambiental, cultural e socioeconômica, ainda assim há uma preocupação insatisfatória do poder público em formular políticas públicas, a fim de melhorar as ações de controle (SOUZA et al, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), recomenda que as atribuições das ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase, seja dividida entre as três esferas de gestão. Cabe ao Ministério da Saúde por meio da SVS a formulação das políticas públicas, o monitoramento do comportamento epidemiológico da doença, a descentralização dos materiais e insumos às outras duas esferas de gestão; compete aos estados a normatização técnica, avaliação e assessoria, cabendo aos municípios a execução das ações de controle da hanseníase e organização na prestação dos serviços de atenção básica de saúde à população (BRASIL, 2007).

A prestação do serviço local pelos municípios se caracteriza pela definição de ações de caráter coletivo e individual no nível primário de atenção. A assistência será voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia Saúde da Família (ESF) se configura como a principal porta de entrada e modelo que vise reorientar a lógica de atenção à saúde, cujo foco central sempre foi e ainda é na doença. A assistência na ESF ao usuário com hanseníase deve ocorrer com base nos princípios da atenção básica, como o enfoque familiar e comunitário que se sustenta na responsabilização do cuidado que se estabelece por meio do vínculo entre equipes de saúde e usuário; além da garantia do acesso universal e integral do indivíduo com hanseníase aos serviços de saúde (TOMARELI et al, 2013).

O diagnóstico da doença é clínico, no qual é obtido através da constatação de hipo ou anestesia das lesões. Exames laboratoriais de baciloscopia e biópsia também confirmam o diagnóstico da doença, além de ajudar na classificação clínica da moléstia, porém não há necessidade de solicitar esses exames, pois os achados clínicos são soberanos e suficientes para diagnosticar a doença e classificá-la de acordo com as suas formas clínicas. Nesse sentido é imprescindível que a identificação seja detalhada, ou seja, as lesões de pele, o déficit sensitivo-motor e dos contatos prévios para que seja dada sustentação no diagnóstico clinico-epidemiológico. (BASSANEZE et al, 2014).

Essas lesões contribuem para a transcendência da doença, ou seja, as implicações subjetivas que trazem desdobramentos que terão um custo pessoal e social a vida de quem apresenta esta moléstia. As deformidades podem ocasionar problemas ao paciente como incapacidade funcional no trabalho, limitação da vida social, problemas de ordem psicológica e manutenção de preconceitos e estigmas da doença. (LANA et al, 2014).

Portanto, acreditamos ser fundamental compreender de que forma a equipe multiprofissional que atende usuários com hanseníase entende os aspectos relacionados a doença e a assistência como as dificuldades no atendimento, em traçar o diagnóstico clínico, em manter a continuidade do tratamento, os procedimentos e a busca ativa dos contactantes. As políticas públicas planejadas tem suas limitações ao ser implementadas em contextos sociais, territoriais e culturais distintos. As experiências que se manifestam com base nas percepções dessa equipe multiprofissional podem contribuir para se identificar problemas na condução das ações de controle da doença.

## 2. JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de hanseníase, em grande parte do Brasil, ainda é tardio, cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços, atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades e incapacidades que poderiam ser evitadas (ARANTES et al, 2010).

Esses fatores podem ser reduzidos quando as ações de controle da doença forem realizadas em nível de Atenção Básica em Saúde (ABS), no Brasil representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas ações voltam-se para detecção ativa e passiva dos casos, por meio das ações de investigação epidemiológica e exame da demanda espontânea aos serviços gerais da unidade de saúde; mobilização da comunidade adstrita; monitoramento e tratamento dos casos diagnosticados, bem como os comunicantes (BRASIL, 2008).

A forma como a equipe de saúde conduz essas ações é fator determinante para o sucesso de prevenção e controle da hanseníase. Por isso este estudo se justifica pela necessidade de atingir um maior controle da hanseníase na sociedade, o qual ainda se configura como um desafio para a equipe multiprofissional de saúde, na qual tem o enfermeiro como o principal sujeito a planejar o processo de trabalho na atenção básica para as ações de vigilância em saúde da hanseníase. Portanto é fundamental destacar, por meio das percepções da equipe de saúde que atuam na atenção primária, se as ações que promove o combate no controle da hanseníase estão sendo eficazes, entendendo qual o papel de cada profissional neste processo e analisando por meio das entrelinhas dos conteúdos presentes nos discursos dos profissionais envolvidos, a forma de assistência prestada ao doente hanseníaco.

### 3. QUESTÕES NORTEADORAS

Diante das indagações e inquietações apresentadas traçamos as seguintes questões norteadoras:

Quais as percepções da equipe multiprofissional de saúde sobre a hanseníase?

Qual o perfil profissional da equipe multidisciplinar nas ações de controle da hanseníase?

Qual o papel do profissional entrevistado na promoção de cuidados em saúde na prevenção e controle da hanseníase?

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral

Analisar as percepções da equipe de saúde que atua na unidade básica de saúde do Guamá sobre as ações de controle da hanseníase.

### 4.2 Objetivos específicos

1. Descrever o perfil profissional da equipe multidisciplinar nas ações de controle da hanseníase;
2. Destacar o papel do profissional entrevistado na promoção de cuidados em saúde na prevenção e controle da hanseníase.
3. Descrever as dificuldades que a equipe enfrenta para realizar uma assistência integral e satisfatória.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Definição

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae*, que atinge pessoas de todas as idades, embora seja menos comum em crianças, onde são principalmente acometidas aquelas na faixa etária economicamente ativa, tendo assim grande importância para a saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante. (NUNES et al, 2011 Apud BRASIL, 2001). O risco da doença é influenciado por condições individuais, condições socioeconômicas e condições precárias de vida, como ausência da rede de esgoto, moradias precárias com grandes agrupamentos populacionais, sendo que o período de incubação varia em torno de 2 a 7 anos, pois devido o padrão de multiplicação do bacilo, a doença progride lentamente.(BRASIL, 2008).

A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, que pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que somente uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença, que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta de forma sistêmica, comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. (NUNES et al, 2011 Apud BRASIL, 2008).

A doença possui sinais e sintomas dermatológicos que caracterizam a clínica da doença. Pode ocorrer manifestações de manchas pigmentares brancas (hipocrômicas) ou discromias com alterações de hipersensibilidade, placas, infiltração, tubérculo e nódulos normalmente sem sintomas. Localizadas principalmente na face, orelhas, glúteo, braços, pernas e costas (áreas frias da pele). Além disso, pode ocorrer diminuição ou queda de pelos na região e falta ou ausência de sudorese na região. (BRASIL, 2008).

Por ser causada por um bacilo que acomete principalmente os nervos periféricos, pele e mucosas, o tropismo neural do *Mycobacterium leprae* é responsável pelo potencial incapacitante da doença, que, sem tratamento ou tratada tardiamente, gera deformidades e incapacidades nos portadores, de modo que o grau de incapacidades passa a ser determinado a partir da avaliação neurológica de olhos, mãos e pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 a II (PINHEIRO et al, 2014).

Tais danos neurais são manifestados por meio de dor e/ou espessamento dos nervos periféricos, diminuição e/ou perda de sensibilidade, diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por esses nervos (pálpebras, membros superiores e inferiores) o que leva ao diagnóstico diferencial em relação a outras dermatites (PINHEIRO et al 2014 apud BRASIL, 2008).

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT): lesão (ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; Ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016)

## **5.2 Marcos referenciais no controle da hanseníase**

Nos últimos anos, foram elaborados planos, com metas e estratégias para se alcançar a eliminação da hanseníase O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2010, o Brasil apresentou 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento. Neste mesmo ano, o Brasil detectou 34.894 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

Conseguiu-se a redução da taxa de prevalência e o aumento do número de casos tratados com a poliquimioterapia (PQT). Porém, apesar dos esforços, a meta de eliminação para o país ainda não foi atingida. Dentre os fatores que impediram alcançar a meta está a permanência de casos não diagnosticados, prevalência oculta, responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população (NASCIMENTO et al, 2011 Apud ARANTES et al 2011).

Em março de 2004, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase foi reestruturado e alçado à condição de prioridade de gestão do Ministério da Saúde. Reportando-se ao compromisso anteriormente assumido pelo Governo do Brasil, de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a Secretaria de Vigilância em Saúde vem trabalhando para fortalecimento do plano definido para o alcance da meta de eliminação e adotou novas estratégias de aceleração desse processo baseando-se em três pontos fundamentais (BRASIL, 2007):

- a) Que a atualização dos dados é essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos;
- b) Que a redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes, e da interrupção da cadeia de transmissão, depende da capacidade do SUS de diagnosticar os casos na fase inicial da doença e tratá-los com poliquimioterapia padrão OMS (PQT/ OMS);
- c) Que a redução da carga social da doença depende da detecção precoce para redução de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

Em virtude de não existir proteção específica para a hanseníase, as ações a serem desenvolvidas para a redução da carga da doença incluem as atividades de: Educação em saúde; Investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos; Tratamento até a cura; Prevenção e tratamento de incapacidades; Vigilância epidemiológica; Exame de contatos, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2015)

Desse modo, as estratégias para redução de taxas de incidência e prevalência da doença se baseiam através de ações de vigilância em saúde que consideram a história epidemiológica natural da doença como fator a ser conhecido para que haja ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

### **5.3 Diagnóstico**

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico e o tratamento interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença (BRASIL, 2015). É realizado a avaliação dermatológica que se caracteriza pela pesquisa da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, com comprometimento de nervos periféricos. Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05 g, 0,2 g, 2 g, 4 g, 10 g e 300 g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não estiver disponível o estesiômetro, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés ao leve toque da ponta da caneta esferográfica (BRASIL, 2016).

Para avaliação da força motora preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada (BRASIL, 2016).

A classificação operacional da doença é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios para fins terapêuticos, sendo Paucibacilares: casos com até 5 (cinco) lesões e Multibacilares: casos com mais de 5 (cinco) lesões na pele (BRASIL, 2015).

A baciloscopia de esfregaço intradérmico deve ser utilizada como exame complementar para a identificação dos casos PB e MB de difícil classificação clínica. Baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença (BRASIL, 2010)

Para os serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar devem ser referenciados os casos suspeitos de comprometimento neural sem lesão cutânea, por serem de diagnóstico e/ou classificação mais difícil. Recomenda-se que nesses serviços de saúde os indivíduos sejam novamente submetidos ao exame dermatoneurológico e a exames complementares que incluem a baciloscopia, a histopatologia (cutânea ou de nervo periférico sensitivo), os eletrofisiológicos e, se necessário, sejam submetidos a outros exames mais complexos para identificar o comprometimento cutâneo ou neural discreto, à avaliação por ortopedista, ao neurologista e a outros especialistas para diagnóstico diferencial de outras neuropatias periféricas. Dessa forma, os casos que apresentarem mais de um nervo comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade nos respectivos territórios, a unidade de referência deverá tratar como MB, independentemente da situação de envolvimento cutâneo (BRASIL, 2016).

#### **5.4 Investigação epidemiológica para o diagnóstico precoce**

A investigação epidemiológica tem como objetivo a descoberta de doentes e é feita por meio de: Atendimento da demanda espontânea; Busca ativa de casos novos; Vigilância de contatos. O atendimento da demanda compreende o exame dermatoneurológico de pessoas suspeitas de hanseníase que procuram a unidade de saúde espontaneamente, exames de indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas e dos casos encaminhados por meio

de triagem. A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) (BRASIL, 2016).

Considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.) (Brasil, 2016).

A investigação epidemiológica de contatos consiste em: Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase. Exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional. Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB (BRASIL, 2016).

## **5.5 Tratamento**

O tratamento da hanseníase é feito com medicamento oral, com dose mensal na unidade de saúde (dose supervisionada) e as demais doses autoadministradas (pelo paciente em sua moradia) e, ao mesmo tempo, cuidados com os olhos, mãos e pés, para prevenção de incapacidades.

A poliquimioterapia - PQT/OMS é o tratamento medicamentoso oficial da hanseníase, adotado pelo MS, consistindo na combinação de medicamentos seguros e eficazes. É constituída por rifampicina, dapsona e clofazimina acondicionados em quatro (quatro) tipos de cartelas, com a composição de acordo com a classificação operacional de cada caso: Paucibacilar Adulto, Paucibacilar Infantil, Multibacilar Adulto e Multibacilar Infantil. A equipe da Unidade Básica de Saúde deve realizar o tratamento para hanseníase como parte de sua rotina, seguindo esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional (BRASIL, 2016).

**Quadro 1 – Síntese dos esquemas paucibacilar e multibacilar para adultos e crianças.**

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 100 mg (3) e cápsula de 50 mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg (16)

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS. 2016

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional. Os quadros 2 e 3 apresentam esses esquemas:

**Quadro 2 : esquema paucibacilar ( 6 cartelas)**

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

2016

**Duração:** 6 cartelas em até 9 meses.

**Seguimento dos casos:** Comparecimento mensal para dose supervisionada.

**Critério de alta:** O tratamento está concluído com 6 cartelas em até 9 meses. Na dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

**Quadro 3 : Esquema Multibacilar ( 12 cartelas)**

<b>Adulto</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
<b>Criança</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS. 2016

**Duração:** 12 cartelas em até 18 meses.

**Seguimento dos casos:** Comparecimento mensal para dose supervisionada.

**Critério de alta:** O tratamento estará concluído com 12 cartelas em até 18 meses. Na 12<sup>a</sup> dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura. Os doentes MB que, excepcionalmente, não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), devem ser encaminhados para avaliação em serviço de referência para verificar a conduta mais adequada para o caso.

#### 5.4. Ações da equipe multiprofissional no controle da hanseníase

A equipe multiprofissional de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica 2012, composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal, precisa ter não somente uma competência técnica do ponto de vista clínica para ter a habilidade de identificar as lesões com vista a diagnosticar a doença. O processo de trabalho na atenção básica, no qual normalmente, tem o enfermeiro como principal mediador e responsável pela condução das ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, deve ir para além da clínica, da doença e do consultório. É importante que a equipe planeje seu trabalho com base em critérios epidemiológicos, ou seja, mapear a área de abrangência, definir áreas de risco no território sanitário, e identificar por meio do histórico epidemiológico natural das doenças, fatores de risco individual e coletivos para definir ações de controle da hanseníase (LANA et al, 2011).

O processo de trabalho na atenção básica segundo Lanza 2011 tem por objeto de trabalho

[...] os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes; e instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que é realização das ações de prevenção e controle da doença preconizadas pelo Ministério da Saúde. (p. 239).

Dessa forma, as ações de controle da hanseníase a serem realizadas pela equipe na atenção básica, se sustentam no processo de trabalho, no qual esses profissionais possam lançar mão de tecnologias que auxiliam as equipes a promoverem uma assistência resolutiva, satisfatória, humanizada e qualificada nas ações individuais e coletivas de controle da hanseníase. Porém a literatura aponta que as práticas dos profissionais da saúde na atenção básica ainda são orientadas pelo modelo clínico, ou seja, cabe aos médicos realizarem o diagnóstico, os enfermeiros os exames dermatoneurológicos, prevenção e avaliação de incapacidades, administração de doses supervisionadas, sobrando pouco tempo para as ações coletivas de promoção e prevenção da saúde, além dos levantamentos da situação de saúde

das comunidades, do perfil epidemiológico, cabendo ao enfermeiro planejar tais ações coletivas (LANZA et al, 2011).

Para Rodrigues et al (2015):

A Enfermagem é essencial e fundamental na assistência à saúde da população e é parte de um processo coletivo de trabalho na ESF no controle da hanseníase, atuando diretamente nas ações de controle da doença, com as pessoas afetadas individualmente, famílias ou da comunidade. A consulta de enfermagem é uma atividade prestada pelo enfermeiro para o usuário, em que os problemas de saúde são identificados e também outras doenças; ações de enfermagem são prescritas e implementadas com a finalidade de promoção, proteção, recuperação e reabilitação do paciente. Além disso, favorece à saúde do indivíduo, melhora a adesão ao tratamento, acelera a recuperação do paciente, reduz o custo dos cuidados, permite o diagnóstico de suas necessidades, permite cuidados resolutivo e qualificado, e direciona as ações de enfermagem prestadas. (p.271).

Portanto a equipe multiprofissional tendo o enfermeiro como principal mediador dessa equipe tem um papel fundamental na centralização das ações, por meio do planejamento do processo de trabalho da equipe. Promover ações de vigilância em saúde através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

É importante também destacar que as ações de educação em saúde, é um instrumento de grande valia para as ações de controle da hanseníase, pois visa prioritariamente: incentivar a demanda espontânea de doentes e contatos nos serviços de saúde para exame dermatoneurológico; eliminar falsos conceitos relativos à hanseníase; informar quanto aos sinais e sintomas da doença, importância do tratamento oportuno; adoção de medidas de prevenção de incapacidades; estimular a regularidade do tratamento do doente e a realização do exame de contatos; informar os locais de tratamento; além de orientar o paciente quanto às medidas de autocuidado (BRASIL, 2015).

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa do tipo descritivo de inquérito transversal. Os estudos qualitativos se diferenciam dos quantitativos por não privilegiar dados estatísticos para mensurar um determinado problema em que os dados nesta modalidade de pesquisa são coletados a partir de entrevistas e/ou relatos de indivíduos que descrevem um determinado estímulo indutor escolhido pelo pesquisador a ser analisado. A pesquisa qualitativa privilegia as percepções, conhecimentos, saberes, experiências e representações que fazem parte do senso comum e se manifestam nas falas e no comportamento dos sujeitos. Os métodos apropriados para coleta de dados se dão a partir de entrevistas abertas, observação participante, análise documental, estudos de caso, grupo focal, história de vidas etc. A abordagem qualitativa se dá a partir da busca por conhecimentos que informem e expliquem um determinado problema, ocorrência ou fenômeno. (DALFOV et al, 2008).

### 6.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na unidade básica de saúde, no bairro do Guamá, no município de Belém/PA. O estabelecimento disponibiliza atendimento nas especialidades de clínica geral, pediatria, ginecologia; oferece exames de diagnóstico para a tuberculose e hanseníase e presta consultas atendendo o Programa HiperDia, voltado para pessoas com diabetes e hipertensão. Fornece atendimentos odontológicos por meio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), pré-natal, teste do pezinho e sala de vacinação, presta serviços de diagnóstico laboratorial, além de atendimento psicológico e de assistência social.

### 6.3 Amostra/sujeitos da pesquisa

Foram selecionados mediante a amostragem não-probabilística por conveniência, cinco profissionais de nível superior: um enfermeiro, uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma nutricionista e uma farmacêutica e médio : quatro técnicas de enfermagem. Todos esses profissionais compõem a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde.

#### **6.4 Critério de inclusão**

Profissionais de saúde atuante na Unidade Municipal do Guamá, que se disponibilizaram a participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **6.5. Critério de exclusão**

Foram excluídos profissionais que se recusaram a participar do estudo e/ou se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **6.6 Instrumento de coleta de dados**

Foi aplicado um questionário sobre perfil socioeconômico e profissional que buscou identificar informações sobre o nível de formação dos sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como as capacitações que participaram a qual visava o atendimento ao doente portador da hanseníase e o seu perfil socioeconômico. Posteriormente foi trabalhado um roteiro de entrevista semiestruturada que para Triviños (1987, p.152), é um tipo de roteiro que apresenta questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa.

Os questionamentos deram frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal foi colocado pelo investigador-entrevistador, ficando a critério de o pesquisador escolher o método de análise dentro das definições de pesquisa qualitativa e que melhor expressem a construção de categorias ou temáticas que identifiquem as imagens e sentidos da construção desse conhecimento.

#### **6.7 Técnica de coleta de dados**

A técnica de coleta de dados aplicada foi a entrevista aberta em profundidade que para Duarte (2002, p.14) “é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos”. O entrevistador participa de forma continuada da entrevista mediando as perguntas, com o

objetivo de obter o maior número de informação possível, e tendo a liberdade de fazer outras perguntas de esclarecimento, favorecendo a participação ativa do entrevistado, gerando uma interação e construção de novos conhecimentos. Em relação a estruturação, o entrevistador introduziu o tema de forma geral dando liberdade ao entrevistado para abordar a temática, depois sucedeu com as respectivas perguntas de acordo com os objetivos da pesquisa.

## **6.8 Análise dos dados**

Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo na perspectiva de Franco (2008, p.23), que é comumente feita através de registros permitindo inferir sobre os dados analisados de forma a se interpretar as falas de forma sintética e resumida relacionado ao que mais se repete no conjunto das falas durante a entrevista, produzindo dessa forma conhecimentos subjacentes, com a finalidade de se mostrar fenômenos específicos por meio da análise inferencial dos resultados com formação de categorias.

A análise iniciou com a transcrição das entrevistas, e posteriormente se fez a leitura fluante, pré-análise e interpretação dos dados de acordo com a análise de conteúdo se criando as categorias de análise por meio das variáveis do estudo.

## **6.9 Questões éticas e legais**

A pesquisa atendeu as recomendações previstas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em que deverá ser apreciada e passar por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Local, e da Unidade onde ocorrerá a pesquisa, além de que o participantes foram informados sobre a natureza do estudo como os objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e os possíveis incômodos ou constrangimentos que podem ocorrer em virtude de desvios éticos por parte do pesquisador conforme o Item II.5, do Capítulo II – Dos Termos e Definições.

Este estudo é uma extensão do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação operacional do programa de controle da hanseníase nas unidades de saúde do distrito D’água no município Belém-PA**”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA sob o protocolo de número 060/2011.

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nesta seção descreveremos a caracterização dos sujeitos do estudo e as categorias de análise que apresentam o conteúdo das falas dos entrevistados. As informações coletadas em um questionário, constam o perfil socioeconômico e profissional dos membros da equipe multiprofissional de saúde.

O quadro abaixo apresenta a caracterização dos profissionais de nível superior, nos quais, apenas um é do sexo masculino e quatro do sexo feminino. As idades variam de 30 a 53 anos, todos são católicos, quatro se consideram de cor parda, e um branco; três tem entre 10 a 15 anos de tempo de serviço, um de 20 a 30 anos e apenas um com menos de 5 anos de serviço. Três profissionais trabalham diretamente no programa, sendo que o enfermeiro entre 10 a 20 anos, e a assistente social entre 20 a 30 anos. O fisioterapeuta atua no programa há menos de 5 anos.

**Quadro 2 – Perfil dos profissionais de nível superior.**

Variáveis	Profissionais				
	Assistente Social	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Nutricionista
Idade	53	43	38	30	41
Sexo	F	M	F	F	F
Religião	Católico	Católico	Católico	Católico	Católico
Cor/raça	Pardo	Pardo	Pardo	Pardo	Branco
Tempo de serviço público	20 e 30 anos	10 e 15 anos	10 e 15 anos	3 e 4 anos	10 e 15 anos
Realiza/realiza o atendimento a usuários com hanseníase	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Se sim, há quanto tempo	20 e 30 anos	10 e 15 anos		3 e 4 anos	
Quantas capacitações participou	0	7	0	0	0
Quando participou da última capacitação	há 2 anos				
Quantas horas destina atendimento a usuários com hanseníase	30 a 40 hs semanais	30 a 40 hs semanais	0	5 a 10 hs semanais	0
Atendimento exclusivo aos programas de tuberculose e hanseníase	Não	Não	Não	Não	Não
Outros programas que atende	Todos	PNI, Saúde Idoso.		Todos	Hiperdia, Pré-natal, Saúde do idoso, criança e adolescente

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Ainda segundo as informações coletadas dos profissionais de nível superior, apenas o enfermeiro participou de educação permanente direcionada para hanseníase, sendo a última há

dois anos. Nenhum profissional atende exclusivamente ao programa de hanseníase, mas atuam em outros programas.

Entre os profissionais de nível médio, os quatro entrevistados são técnicas de enfermagem, cuja idade varia de 32 a 44 anos. Três são protestantes e uma católica; três se consideram pardas e uma negra. Quanto ao tempo de serviço, duas técnicas atuam há menos de 5 anos, outra técnica entre 10 a 15 anos, e a quarta entre 20 a 30 anos. Três já atenderam pacientes com hanseníase; apenas duas participaram de educação permanente voltada para as ações de controle da hanseníase, uma há mais de 2 anos, e a outra há mais de 5 anos. Não atendem exclusivamente pacientes com hanseníase e não fazem domiciliar.

**Quadro 2 – Perfil das técnicas de enfermagem**

Variáveis				
Idade	44	32	34	38
Sexo	F	F	F	F
Religião	Protestante	Protestante	Católico	Protestante
Cor/raça	Pardo	Pardo	Negro	Pardo
Tempo de serviço público	20 e 30 anos	3 e 4 anos	3 e 4 anos	10 e 15 anos
Realiza/realiza atendimento a usuários com hanseníase	Sim	Não	Sim	Sim
Se sim, há quanto tempo	20 e 30 anos		1 e 2 anos	5 e 10 anos
Quantas capacitações participou	1	1	0	0
Quando participou da última capacitação	há 5 anos	há 2 anos		
Quantas horas destina atendimento a usuários com hanseníase	0	0	0	0
Atendimento exclusivo aos programas de tuberculose e hanseníase	Não	Não	Não	Não
Outros programas que atende	PNI	PNI	PNI	PNI

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Em síntese o perfil dessa equipe se caracteriza pela predominância de profissionais do sexo feminino, que atuam em sua maioria há mais de 10 anos no serviço público. Poucos profissionais participaram de educação permanente voltada para as ações de controle da hanseníase. Nenhum profissional atende exclusivamente pacientes com hanseníase;

## **7.2 Percepções da equipe multiprofissional sobre as ações de controle da hanseníase**

Apresentaremos as percepções da equipe multiprofissional sobre as ações de controle da hanseníase, identificadas no conteúdo das falas apreendidas durante as entrevistas. As categorias de análise emergiram através da codificação das unidades de análise em unidades de contexto que corresponde ao significado da mensagem presente nos conteúdos das falas dos sujeitos desse estudo.

A categorização dessas falas é o resultado da reorganização do material coletado, no qual traz um conjunto de percepções que fazem parte do imaginário simbólico desses sujeitos sobre as ações de controle da hanseníase. As identidades produzidas nos discursos estão ancoradas em suas subjetividades que são construídas em uma complexa rede de relações sociais, marcadas pela interação simbólica, ou seja, as experiências, as vivências, as práticas, atitudes, ações, comportamentos, sentimentos, enfim, uma realidade que produz saberes que são acumulados e produzem as percepções sobre este objeto.

Dessa forma o *corpus* construído por meio da pesquisa empírica e da análise de conteúdo, definiu a partir do discurso da equipe multiprofissional as seguintes categorias de análise: Os estigmas sobre a hanseníase e a garantia de direitos do portador da doença; Ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase; Educação permanente da equipe multiprofissional na assistência à hanseníase; Determinantes que dificultam as ações de controle da hanseníase.

### **7.2.1 Os estigmas sobre a hanseníase e a garantia de direitos do portador da doença**

Esta categoria de análise apresenta o agrupamento das unidades de contexto codificadas, cujo conteúdo das falas interage em torno da ideia de que a hanseníase por ser uma doença milenar que carrega um peso simbólico sustentado por preconceitos, tabus e estigmas e trazem implicações na vida dos sujeitos que possuem a doença. Além disso, as falas

expressam uma preocupação em garantir os direitos dos usuários diagnosticados com hanseníase.

Sobre esta categoria somente duas falas são consensuais reconhecendo as dificuldades impostas pelo estigma da doença. O enfermeiro e a assistente social por estarem mais próximos no cotidiano do usuário, compreendem que esse elemento simbólico afeta diretamente a vida dos indivíduos com hanseníase. Isso traz uma responsabilidade significativa para a equipe multiprofissional, pois estes saberes construídos no imaginário simbólico do senso comum prejudica o controle da doença, uma vez que, o usuário diagnosticado precisa de apoio da família e da comunidade para que o tratamento seja bem sucedido, não havendo isolamento familiar e social. A assistente social ressalta essa preocupação abaixo:

“As pessoas não gostam de dizer que tem hanseníase, eu fiquei chocada quando as pessoas que vieram fazer o laudo comigo e elas tinha que me descrever como era a lesão que eles tinham e quando me mostrava eu fiquei chocada, porque eu pensava que as lesões estavam ali normais, mas nunca pensei que ainda tinham feridas abertas. E elas me contavam histórias que desde a adolescência tiveram que sair da escola por conta disso, porque as pessoas tinham nojo deles, e nessa época as pessoas eram menos esclarecidas que hoje, então elas ficaram sujeitas a esses preconceitos e tiraram delas todos os direitos de viver uma vida amorosa, uma vida comunitária, uma vida em grupo.”

Desconstruir estes saberes do senso comum requer da equipe um esforço em conscientizar por meio da educação em saúde, não somente a comunidade e a família, mas também a equipe multiprofissional que trabalha diretamente ou indiretamente no controle da doença em um serviço de saúde. Ferreira e Souza, em um estudo das representações sociais de enfermeiros do PFS sobre a hanseníase, evidenciam a presença do estigma e do medo na fala da maioria dos profissionais entrevistados e chamam atenção para a importância do acompanhamento dos pacientes pela equipe de enfermagem (LANA, et al, 2011), o enfermeiro entrevistado expressa essa preocupação:

“A gente vê a necessidade do atendimento do paciente, de qualquer patologia pela equipe multiprofissional, e a gente vê que muitas doenças ainda causam muitos estigmas, alguns profissionais ainda carregam alguns estigmas com relação a algumas doenças, então há a necessidade sim de educação continuada para que esses estigmas possam ser quebrados e a gente possa facilitar o atendimento multiprofissional dos pacientes”. (Enfermeiro).

A questão do estigma está diretamente ligada às questões relativas ao corpo, autoimagem, associação ao pecado e impureza da alma. A bíblia constrói uma narrativa cujo discurso atribui um castigo divino aos portadores da doença. Além disso, o isolamento social

dos pacientes nos leprosários contribuiu na perpetuação no imaginário simbólico do senso comum de que estes sujeitos eram uma ameaça para a sociedade. Porém a segregação social e as políticas higienistas que institucionalizavam os pacientes com hanseníase em regime de quarentena nessas instituições, não foram medidas eficientes para o controle da doença. (LANA et al, 2014).

O estigma está presente no imaginário do senso comum, porém a história é pouco compreendida e se manifesta de forma distorcida e descontextualizada. O avanço no tratamento da doença não conseguiu ainda desconstruir essa carga de preconceitos que foi transmitida pelos valores e crenças repassados entre gerações no meio cultural. A assistente social entrevistada faz uma breve contextualização histórica reconhecendo o peso simbólico da doença em nossa sociedade:

“A hanseníase traz toda uma história de preconceito e de retirada de direitos, as pessoas eram tiradas do meio de sua família, do meio de sua comunidade eram isoladas, a família nem era avisada e essas pessoas ficavam para sempre ali, fora do mundo normal, toda uma história, que até hoje perdura”.

Após o diagnóstico, a hanseníase pode causar impactos psicológicos, pois a doença pode ser encarada pelo paciente como um castigo divino e um sentimento de frustração. As pessoas após o diagnóstico podem se sentir impotentes, porém cabe ao profissional da saúde esclarecer que a doença tem tratamento e cura, e que as percepções que ancoram a doença, uma carga histórica negativa, faz parte de um tempo em que a doença não tinha tratamento. (SILVEIRA et al, 2014). A assistente social entrevistada reforça esse cuidado em sua fala:

“Eu me lembro cheguei atender uma jovem de classe média que ela tinha só uma manchinha no rosto que parecia macha de cigarro e ela tava revoltadíssima, ela foi pra internet perguntando como é que ela pegou aquilo, então a história do preconceito ainda é muito forte, o enfrentamento dessa doença é necessária. A doença é tratada como se fosse uma qualquer e ela não é, porque ela envolve em todos os âmbitos da nossa vida”.

Além disso, precisamos fazer um recorte de gênero, pois as mulheres diagnosticadas podem sofrer uma dupla discriminação associada ao gênero e a doença, ou então uma tripla discriminação por serem negras, mulheres e estarem com a doença. Segundo a assistente social o profissional da saúde deve levar em consideração as diferenças impostas pela categoria gênero, pois segunda a mesma, o peso negativo é maior no gênero feminino:

“Há também uma questão de gênero nessa história, o enfrentamento para a mulher é muito mais difícil, na maioria dos casos, as mulheres casadas que adoecem com a hanseníase, são abandonadas pelos maridos”.

Um estudo sobre a influência do gênero na hanseníase construído por Oliveira e Romanelli (1998), alerta para este cuidado:

“Sabe-se que a doença pode ser um fator de desencadeamento de mudanças na estrutura da família, colocando a mulher, acometida pela hanseníase, em desvantagem pela duplicidade da discriminação que ela sofre, ou seja, ela é discriminada em função do gênero a que pertence e pelo fato de estar doente”.

A hanseníase é uma doença que não escolhe classe social, pois pode atingir ricos e pobres. Porém é uma enfermidade fortemente condicionada pela determinação social, ou seja, está relacionada ao contexto social em que cada pessoa vive. Sabemos que a saúde é afetada pelas determinantes sociais, o que implica executar uma política pública com base nos princípios da equidade para que as desigualdades e iniquidades sociais em saúde sejam superadas. Desse modo segundo Lopez e Rangel (2014):

“Os estudos sobre determinação social promovem a reflexão acerca da equidade e da integralidade na saúde, enfatizando a importância da articulação de saúde/doença à iniquidade social e a possíveis respostas públicas à questão.”

No caso da hanseníase, temos respostas públicas que garantem não somente o acesso universal e gratuito ao tratamento, mas também a garantia de que um indivíduo em situação de vulnerabilidade social receba um benefício do governo que garanta seu deslocamento até o serviço. A assistente social entrevistada relatou durante a entrevista o tipo de resposta pública frente a articulação saúde/doença à iniquidade social, como uma forma de garantir os direitos dos pacientes com hanseníase:

“Nós fazemos os laudos sociais, para as pessoas que estão precisando atualizar o benefício, de alguns portadores de sequelas que recebem o benefício e vieram conosco para fazer o laudo social para a manutenção ou o descarte desse benefício. O assistente social trabalha para a garantia dos direitos do paciente, por exemplo: o paciente já é diagnosticado com hanseníase, tem tratamento, então o porquê de adiar o início do tratamento?”

Dessa forma, inferimos que a figura do assistente social é fundamental na equipe para que seja resguardado os direitos do paciente com hanseníase. É a figura que irá garantir o suporte social para a manutenção e continuidade do tratamento, junto com o enfermeiro que exerce um papel central por estar mais próximo do paciente nas orientações, decisões, condutas e diálogo.

### **7.2.2 Ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase pela equipe multiprofissional**

A categoria ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase, refere-se ao processo de trabalho da equipe multiprofissional nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, a assistência integral aos usuários diagnosticados com hanseníase. Nesta categoria foram agrupadas as falas de todos os membros da equipe entrevistados - com a ausência apenas do Médico clínico que se recusou a participar da entrevista por não ter afinidade com a hanseníase - quais sejam: quatro técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um fisioterapeuta, uma assistente social, um nutricionista, um farmacêutico. O conteúdo das falas representa a atribuição de cada um profissional nas ações de controle da hanseníase.

Alguns profissionais tem uma responsabilidade maior nas ações de controle da hanseníase como o enfermeiro na coordenação do cuidado, a assistente social na garantia do suporte social, o farmacêutico na dispensa dos medicamentos e na orientação, o fisioterapeuta na reabilitação funcional e o Médico no diagnóstico. Porém os outros profissionais da saúde como as técnicas de enfermagem que não atuam na profilaxia da doença e a nutricionista, devem conhecer o programa e a rede, pois ocasionalmente estes sujeitos podem atender em seus setores pacientes com hanseníase, e dessa forma também devem ter a sensibilidade de suspeitar uma possível doença caso seja identificado manchas, e ao mesmo tempo se percebe que há uma determinação social significativa, devido este sujeito se encontrar em condição de vulnerabilidade social.

Dessa forma destacamos também o papel desses profissionais no controle da hanseníase que ao suspeitar da doença, encaminham para o enfermeiro que atende o programa, esta conduta foi evidenciada pelo conteúdo das falas a seguir:

“No momento não estou trabalhando na área da hanseníase, mas quando a gente vê alguma pessoa que vem, geralmente fazer perguntas a respeito, quando a gente não pode responder, geralmente a gente encaminha para o setor responsável”. (Técnica de enfermagem 1).

“Estar encaminhando os mesmos para o atendimento onde de fato é especializado, no caso, ali em DT que é o departamento de doenças transmissíveis, que é com o enfermeiro. Então a gente trabalha assim, observa os sinais e encaminha para o setor responsável”. (Técnica de enfermagem 2).

“A gente não tem essa experiência, então a minha maneira de ver é só de eu observar uma lesão e encaminhar para o setor responsável aqui do posto”. (Técnica de enfermagem 3).

“Não atendo paciente com hanseníase, mas se eu identificar sinais que suspeitem hanseníase, eu encaminho direto para o enfermeiro”. (Nutricionista).

Dessa forma, as ações de prevenção e de controle ocorrem por meio da detecção de novos casos, tratamento com esquema poliquimioterápico, vigilância de contatos domiciliares, prevenção de incapacidades e reabilitação. (LANZA e LANA, 2011). Para que essas ações de vigilância em saúde no controle da hanseníase sejam garantidas, é necessário que haja um atendimento integral, ou seja, uma equipe multiprofissional que atue de forma interdisciplinar e intersetorial. Sabemos que existem muitas barreiras, desafios, obstáculos a serem superados para que as ações de controle da hanseníase sejam satisfatórias e eficientes. Essas dificuldades transcendem as atribuições individuais de cada um dos integrantes da equipe. O conteúdo das falas dos sujeitos destaca o papel de cada um nesse processo, o que nos possibilita inferir, que dentro das competências individuais de cada um, há um esforço para que seja garantido um cuidado qualificado:

“A pessoa com as machas são encaminhadas para o enfermeiro que atua no programa, ele faz a anamnese e encaminha para o laboratório, para fazer o exame laboratorial e depois encaminha para o médico para fechar diagnóstico e iniciar o tratamento. É aberto a ficha do SINAN e após conclusão do diagnóstico, se inicia o tratamento, pega a medicação aqui na farmácia mesmo, traz o documento, precisa ser morador do bairro, ele precisa ter o cartão SUS, precisa ter seus documentos pessoais porém isso não é empecilho para dar o ponta pé inicial”. (Assistente social).

“Atuo, como enfermeiro dentro do programa, auxiliando no diagnóstico, não fechando, realizando o tratamento, busca de casos novos, avaliação de contatos, e na conclusão dos casos. Ao longo do tratamento a gente vai fazendo as orientações com relação a doença, meio de transmissão, sinais de avaliações de contatos, vai fazendo as orientações de enfermagem com esses temas, com o objetivo de gerar o acumulo de informações do paciente, para que ele saiba que a doença é grave, mas tem tratamento e cura e que também é transmissível, e que as pessoas que moram próximo, que mora com ele, precisam estar sendo avaliados para evitar a propagação da doença”. (Enfermeiro).

“A minha função em relação à hanseníase, é mais profilática, que é na parte da vacina, profilaxia e na parte do tratamento, eu também trabalho na área e realização de exame, até diagnóstico, que é a coleta da linfa e no tratamento mesmo”. (Técnica de enfermagem 4).

“Eu cuido da parte da entrega do medicamento, então se ele vier perguntar alguma orientação sobre como vai utilizar, se pode ter alguma reação, inclusive teve um paciente que veio aqui e ele tava tomando errado, então eu corriji e orientei como ele iria tomar. Porque alguns não entendem as

orientações. Daí tem pessoas de outra unidade que vem buscar o kit aqui, porque na unidade delas não tem, então eu explico como funciona. Tanto o medicamento de tuberculose quanto o de hanseníase não pode faltar. Eu que solicito a medicação, sou responsável por essa parte do programa, então quando já está acabando eu peço logo para que dê tempo de chegar antes de acabar. O pedido é feito trimestral”. (farmacêutico).

“Eu faço as avaliações do grau de incapacidades, tanto no diagnóstico, quanto na hora da alta, ai eu avalio se o paciente já está com alguma lesão, alguma deformidade, anestesia ou parestesia, daí eu vou e faço o tratamento. E também dou as orientações para que se evite sequelas. São inicialmente 10 sessões, de acordo com a evolução do paciente, eu avalio se dou alta ou se continuo o tratamento”. (Fisioterapeuta).

Os conteúdos das falas nos mostram que existe uma sincronia entre a equipe multiprofissional. Qualquer profissional que acolhe um paciente com suspeita de hanseníase, encaminha para o enfermeiro do programa que realiza a anamnese e exame físico; encaminha para o laboratório, onde o técnico de enfermagem realiza a coleta da linfa para confirmação do diagnóstico; A ficha do Sistema Nacional de Agravos e notificação (SINAN) é aberta para registro, e com a conclusão do diagnóstico se inicia o tratamento. O Farmacêutico organiza a dispensa de medicamentos e orienta como o paciente deve tomar a medicação; o fisioterapeuta realiza a avaliação de incapacidades e atua no processo de reabilitação funcional; por fim a assistente social garante o laudo do benefício para os pacientes em situação de vulnerabilidade social e portadores de sequelas causadas pela hanseníase, e também realiza orientações e educação em saúde.

A ausência do médico no estudo nos impede de ter uma percepção individual deste profissional, porém o enfermeiro destacou a função do médico nesse processo:

“Como enfermeiro nós podemos suspeitar o estado reacional, mas a prescrição da medicação ainda é exclusividade do médico, então nós encaminhamos para a consulta médica. Devido a falta de afinidade dos nossos médicos para com a doença, então nós encaminhamos direto para a nossa unidade de referencia que tem médicos dermatologistas, onde acreditamos que estejam mais gabaritados para fazer o atendimento”.

Apesar de existir uma equipe multiprofissional nesta unidade, temos que destacar que atualmente o modelo de atenção à saúde que ainda não conseguiu superar a fragmentação, a hierarquização e interação dos serviços e das equipes, faz com que os profissionais envolvidos nas ações de controle da hanseníase, organizam a produção de suas práticas com base no modelo clínico individual do doente. As práticas voltadas para as ações coletivas do programa como educação em saúde na comunidade, busca ativa dos contatos intradomiciliares, prevenção de incapacidades e vigilância epidemiológica, ainda são pontuais. Apesar disso, as

práticas coletivas de abordagem da hanseníase se articulam com as práticas individuais de cada membro da equipe multiprofissional, para dar sentido ao conjunto da totalidade do processo de trabalho dessa equipe. (LANZA e LANA, 2011).

Dessa forma, não significa dizer que esta equipe não atue de forma multidisciplinar, porém a fragmentação imposta pelo modelo de atenção à saúde impõe práticas individuais que se sobrepõe as ações que deveriam ser feitas de forma coletiva, integrada e articulada. Lanza 2011 reforça este dilema na descrição abaixo:

As práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na atenção à hanseníase ainda são orientadas pelo modelo clínico: os médicos realizam basicamente o diagnóstico e tratamento da hanseníase, os enfermeiros, a avaliação dermatoneurológica, a avaliação e a prevenção de incapacidades, além da administração da dose supervisionada e outros, os agentes comunitários de saúde desempenham práticas de orientações diversas ao doente.

Para além desse problema, os municípios tem uma grande dificuldade em manter um número apropriado de profissionais de saúde capacitados para desenvolver as ações de controle da hanseníase. Isso se constitui como o principal pilar da vigilância em saúde da hanseníase no controle epidemiológico da doença, e da sustentação do programa na atenção básica. (LANZA et al, 2011).

### **7.2.3 Educação Permanente da equipe multiprofissional na assistência a hanseníase**

Esta categoria de análise retrata sobre a importância da educação permanente da equipe multiprofissional de saúde na assistência ao portador de hanseníase, evidenciando mediante o conteúdo das falas dos profissionais entrevistados, a carência do programa de educação permanente, para os profissionais da Unidade Básica de saúde. Os profissionais agrupados para esta categoria foram: quatro técnicas de enfermagem, um assistente social, um nutricionista e um fisioterapeuta.

Os discursos são consensuais ao referir que uma atualização, capacitação, formação continuada ou seja, uma política de educação permanente com o foco na profissionalização do processo de trabalho, podem contribuir para que as ações de controle da hanseníase sejam mais eficientes.

Alguns profissionais relatam que não rodízio dos profissionais nos setores, e isso limita a possibilidade da equipe ter uma ampla visão de todos os programas prioritários do Ministério da Saúde na atenção primária. As capacitações segundo os relatos ocorrem de

forma isolada somente para os membros que trabalham diretamente com um problema, ou seja, o problema que identificamos do médico clínico não ter afinidade para trabalhar com as ações de controle da hanseníase não tem como ser sanada se este não for estimulada a fazer uma atualização ou ingressar em um programa de educação continuada oferecido pela secretaria municipal de saúde.

Em 2004 o Ministério da Saúde preconizou por meio da portaria nº 198/GM, a política de Educação Permanente em Saúde, almejando a transformação das práticas profissionais, para a melhoria da assistência e qualidade das ações e serviços na saúde. Os profissionais entrevistados compreendem a necessidade desta política no serviço da saúde, alertando que a falta da mesma, possibilita a exclusão de parte dos trabalhadores na assistência ao portador da hanseníase, ocasionando a perda da lógica da assistência multiprofissional, pois grande parte dos trabalhadores não possui nem o conhecimento básico sobre a doença. A assistente social e a nutricionista evidenciam em suas falas sobre a importância da política de educação permanente.

“Precisa-se de capacitação, assim como os trabalhadores já tem um olhar mais apurado para a questão da tuberculose, eu acho que tá faltando para a hanseníase, os trabalhadores precisam saber como é que se dá, como é que se pega, quantos por cento da população é suscetível a doença. A doença precisa ser detida, e todos os trabalhadores precisam estar envolvidos nesse processo, sabendo reconhecer os sinais e sintomas e não deixar o paciente voltar sem o atendimento, pois o paciente doente, sem tratamento, transmite a doença para outras pessoas”. (Assistente Social)

“Quanto à capacitação seria interessante para toda a equipe, para que todos saibam pelo menos o mínimo necessário para fazer essa atuação junto com o paciente com hanseníase”. (Nutricionista)

A fala da nutricionista supracitada revela outra problemática quanto a educação permanente, pois indica que as capacitações não são voltadas para toda a equipe multiprofissional, mas apenas para uma pequena parcela dos Trabalhadores, algumas técnicas de enfermagem entrevistadas também compartilham do mesmo posicionamento:

“Precisa de investimento no sentido de capacitação, não apenas para quem está lá na sala de doenças transmissíveis, como para nós também que não estamos diretamente trabalhando no setor”. (Técnica de enfermagem 2)

“Precisa de capacitação pra todos os profissionais, porque quando tem capacitação é só votada para os profissionais que atendem na sala de DT”. (Técnica de enfermagem 4)

O trabalho em saúde exige competências para a prática profissional, colocando os profissionais em uma busca diária e permanente de atualização (VIANA, et al 2015). Além

disso, a educação permanente em saúde possibilita uma acumulação do conhecimento, influenciando a organização do trabalho e requerendo dos trabalhadores aquisição de novas habilidades de forma dinâmica (MORAIS FILHO, et al 2013). Os profissionais entrevistados relatam a falta de segurança para atender aos usuários portadores da hanseníase, pois consideram seus conhecimentos insuficientes para prestar a assistência necessária ao doente, a fala das técnicas de enfermagem 1 e 3, quando indagadas sobre suas capacidades em atender aos usuários portadores de hanseníase, demonstra esta problemática e reforça a necessidade da educação permanente na unidade.

“Não me sinto preparada no momento, até porque a gente precisa conhecer aprofundar para não fazer procedimentos que de repente nem vale a pena, é diferente, é como se alguém viesse de lá para vacina e não ter o conhecimento da carteira do esquema vacinal, eu me sinto segura no momento na área que eu to atuando, que é na vacina”. (Técnica de enfermagem 1)

“A gente não tem essa experiência, aqui não se faz rodízio, pelo menos na parte da manhã não se faz, então eu não me sinto capacitada. Se me jogarem lá no setor de doenças transmissíveis, eu não tenho essa experiência de atender o paciente”. (Técnica de enfermagem 3)

O exposto supracitado da técnica de enfermagem 3 também revelou que um dos motivos para o sentimento de incapacitação na prestação da assistência ao portador da hanseníase, se deva à falta de rodízio entre as Técnicas de Enfermagem em todos os setores da unidade, deixando os profissionais estagnados, dentro de atribuições específicas, gerando grandes impactos na qualidade do serviço de saúde, A fala seguinte reforça:

“A gente não tem essa experiência, porque eu só fiquei na sala de vacina durante 11 anos, nos outros setores eu não passei. Eu tenho 20 anos de serviço publico mas eu vim de outro posto, a capacitação que eu tive eu aprendi só o básico, eu fiz um atendimento de hanseníase e de lá pra cá já tem muitos anos, então muita coisa mudou”. (Técnica de Enfermagem 3)

As atividades desenvolvidas durante a estratégia de Educação Permanente servem de estímulo para despertar o interesse pessoal de cada membro da equipe pela qualificação profissional, mas é necessário um empenho maior dos dirigentes das instituições quanto ao incentivo e a busca por investimento na capacitação de seus funcionários, bem como do estímulo à participação em atividades como essa ou em outras afins. (MORAIS FILHO, et al 2013).

Contudo, mesmo com a reformulação dos currículos com as leis das diretrizes de base dos cursos de graduação da área da saúde, ainda percebemos que existe uma dificuldades

desses currículos romperem com o paradigma biomédico que tem como enfoque a formação dos profissionais da saúde para dominarem as técnicas e tecnologias duras com forte predominância dos cuidados centrados na doença de forma fragmentada, individual e hierarquizada.

O novo sistema de atenção à saúde, o SUS, trouxe um novo paradigma para reorientar o modelo de atenção à saúde. E esse novo sistema exige novas demandas a serem sanadas. Os currículos passaram a readequar os projetos políticos pedagógicos com base nas necessidades do atual sistema de saúde. Em termos de competência e habilidade, as necessidades de saúde da população exigem com que o profissional esteja apto a trabalhar de forma integrada com a equipe, enfrentar questões relacionadas a organização da assistência, reconhecer a diversidade cultural das pessoas, lidar com a subjetividade humana, e ampliar a capacidade de estabelecer uma maior autonomia entre as pessoas para lidar com problemas sociais e comportamentais.

Para além desse problema na formação inicial dos profissionais da saúde, o serviço que deveria instrumentalizar estes sujeitos para exercerem uma assistência mais integrada em equipe, ainda não consegue romper com uma formação fragmentada e pontual. Cardoso (2012) afirma que:

A Educação Continuada desses profissionais tem se caracterizado pela realização de capacitações pontuais, na sua maioria de caráter programático e centralizado, com conteúdos padronizados, visando à atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, desconsiderando as realidades locais e as necessidades de aprendizagem dos trabalhadores, e conseqüentemente provocando pouco impacto nas práticas de saúde. Tais capacitações, baseadas na organização disciplinar e de especialidades, conduzem ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à perpetuação da formação de profissionais que não conseguem lidar com as totalidades ou realidades complexas. (p.19).

Os profissionais relataram acima que há uma necessidade de mais capacitações para a equipe multiprofissional. Alguns que atuam diretamente no programa nunca tiveram um treinamento, e outros relataram que existem atualizações que porém, somente são oferecidas aos profissionais que atuam diretamente nas ações de controle da hanseníase. Não temos como fazer um julgamento de juízo de valor com base nos conteúdo das falas se essas capacitações estão inseridas em um programa de educação permanente, porém podemos inferir com base em um discurso que afirmou que estas atividades somente são oferecidas a quem atua diretamente na hanseníase, que ainda há uma fragmentação na formação dessa equipe, pois o profissional de saúde da atenção básica, deve ser generalista e entender a

totalidade dos problemas de saúde do seu território, além da compreensão da complexidade das determinantes sociais em saúde e da situação de saúde da população.

Portanto, acreditamos que somente com uma política de educação permanente em saúde que promova vários movimentos de mudanças na formação dos profissionais da saúde, é possível garantir uma nova estrutura no modelo de atenção à saúde e na coordenação do cuidado, com base em uma perspectiva mais integrada, horizontal, de múltipla solidariedade entre os membros da equipe, tendo a educação como elemento transformador das práticas assistenciais e dos sujeitos em indivíduos com capacidade de reflexão crítica sobre a realidade da população, melhorando dessa forma as intervenções da equipe multiprofissional.

Esta categoria deu visibilidade a uma problemática existente e pouco debatida dentro da unidade Básica de saúde, os profissionais entrevistados expressaram o sentimento de incapacidade, frente a assistência ao portador da hanseníase, revelaram a extrema importância e necessidade da Educação Permanente em Saúde, para que seja estabelecido de fato, a assistência integral e multiprofissional aos usuários do SUS.

#### **7.2.4 Determinantes que dificultam as ações de controle da hanseníase**

Esta categoria apresentará os determinantes que segundo os profissionais entrevistados, dificultam nas ações de controle da hanseníase. Em um estudo realizado por Amaral e Lana, no ano de 2008, foram identificados diversos fatores que influenciam o controle da hanseníase pelos serviços de saúde, tais como o diagnóstico tardio; o abandono dos pacientes ao tratamento; baixos índices de cobertura assistencial, de controle de comunicantes, de esclarecimento sobre a doença e de condições de vida e saúde da população; além do estigma e do preconceito que acometem os portadores da doença (LANA, et al, 2011) .

A análise para a formulação desta categoria foi extraída por meio das respostas de todos os entrevistados participantes da pesquisa sobre a seguinte pergunta: quais os fatores que dificultam o atendimento ao portador de hanseníase que afetam as ações de controle da doença?

A técnica de enfermagem 1 afirma que a falta de informação das pessoas dificulta no diagnóstico precoce da doença, ocasionando assim o agravamento da doença.

Segundo (NASCIMENTO et al, 2011)

“O diagnóstico de hanseníase, em grande parte do Brasil, ainda é tardio, cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços,

atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades e incapacidades que poderiam ser evitadas”.

A equipe multiprofissional tem papel fundamental para o diagnóstico precoce da hanseníase, mediante ações que visem proporcionar informação à população acerca da doença. As ações de educação em saúde é um instrumento de grande valia neste cenário, pois a mesma contribui para que a população conheça sobre a doença e principalmente saiba reconhecer os sinais e sintomas da mesma, possibilitando um diagnóstico e tratamento precoce, prevenindo assim seus agravos.

A técnica de enfermagem 2, a nutricionista, a fisioterapeuta e o enfermeiro, destacaram a falta de estrutura como fator que prejudica ao atendimento ao usuário portador da doença, o conteúdo extraído de suas falas exprime isso.

“Se tiver uma estrutura um pouco melhor, física, seria bem mais fácil o trabalho que já é desenvolvido pelos enfermeiros”. (técnica de enfermagem 2)

“Falta de estrutura, falta de equipamentos para poder fazer o tratamento adequado”. (fisioterapeuta)

“Infra estrutura, não temos um local adequado para atender o paciente com hanseníase e o material que utilizamos já está defasado”. (enfermeiro).

A hanseníase requer alguns cuidados básicos para evitar sua propagação; as salas de atendimento aos portadores de hanseníase precisam ser planejadas, em locais estratégicos onde possa ter o controle da circulação de pessoas e precisam promover conforto ao paciente e segurança aos profissionais que atuam diretamente com esta patologia. O profissional que está em contato direto e contínuo com os pacientes precisam atuar em um ambiente arejado e que a luz solar possa adentrar, pois diminui o risco de contaminação, além disso os profissionais precisam ter acesso aos equipamentos de proteção individual, que nem sempre está disponível na unidade.

Segundo (LANA, et al, 2011) alguns fatores influenciam a utilização dos serviços de saúde, como: a acessibilidade, a existência de especialistas, a competência dos profissionais e o estabelecimento de vínculo com o paciente. Esses fatores foram evidenciados mediante os expostos dos profissionais entrevistados, o enfermeiro e a fisioterapeuta relatam essa problemática:

“Os médicos da unidade não se declaram com afinidade para com a doença, por isso sempre encaminhamos pra dermatologista ou referenciamos para a

clínica especializada em hanseníase, que fica no município de Marituba”. (enfermeiro).

“Falta de um médico dermatologista para poder fechar diagnóstico, e completar a equipe multiprofissional que atende ao paciente com hanseníase”. (fisioterapeuta)

A dificuldade da unidade em ter um médico dermatologista ou um clínico que tenha afinidade para cuidar de pacientes com hanseníase dificulta a agilidade do tratamento, uma vez que o paciente é encaminhado para uma unidade de referência para ter o diagnóstico confirmado com o dermatologista. A unidade de referência utilizada pela UMS do bairro Guamá, sede no município de Marituba, sendo uma grande distância para os pacientes do bairro, acarretando grande dificuldade de acessibilidade, podendo ocasionar demora no diagnóstico. Isso poderia ser evitado se houvesse um médico especialista na área ou uma capacitação dos médicos clínicos para atuarem dentro do programa de Doenças Transmissíveis.

O conteúdo das falas reforçou essa dificuldade no caso específico dessa unidade básica de saúde, pois a ausência do médico especializado ou capacitado para atender no programa dificulta a integração da equipe, e a agilidade no diagnóstico. Nesse sentido acreditamos que os próprios médicos do serviço precisam ser incentivados pelo município a realizarem capacitações para atuarem nas ações de controle da hanseníase.

Alguns portadores da hanseníase recebem o auxílio doença pelo INSS, este auxílio é assegurado quando o usuário fica incapacitado para o trabalho ou atividade habitual. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. O segurado que estiver recebendo Auxílio-Doença, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, está obrigado a submeter-se à perícia médica da Previdência Social. (BRASIL, 2016).

O auxílio deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho; quando esse benefício se transforma em aposentadoria por invalidez, aposentadoria por idade; quando o segurado solicita alta médica e tem a concordância da perícia médica da Previdência Social; quando o segurado volta voluntariamente ao trabalho, ou quando o segurado vier a falecer. Segundo a percepção da Técnica de Enfermagem 4 e da Fisioterapeuta, este auxílio permeou uma grande problemática para o controle da hanseníase, pois os usuários que eram assegurados deste auxílio, ao saberem que a cura da doença e a alta médica, levariam a perda do mesmo, não se empenhavam para o sucesso do tratamento. (BRASIL, 2016). As falas das entrevistadas contemplam o exposto:

“São poucos que se preocupam em ter a cura, devido a este benefício eles acabam abandonando o tratamento para prolongar o tempo do benefício, eles não querem perder o benefício, e quando eles descobrem que ficando curado dessa doença ele vai perder esse benefício eles acabam abandonando o tratamento. daí isso causa sequelas e interrompe o tratamento e acaba passando para as pessoas que convive com eles, assim como ele fica resistente a medicação e acaba não ficando curado mesmo. E isso acaba gerando graves sequelas, porque as vezes eles perdem o membro por causa dessa doença e a partir do momento que eles ficam resistentes a essas medicações elas acabam não sendo mais tão eficaz”. (técnica de enfermagem 4).

“Uma vez eu atendi um paciente que já teve 3 recidivas e ele tinha lesões gravíssimas, e eu me perguntava como é que ele vivia assim, então eu conversando com o enfermeiro que atende o programa, ele me falou que era o medo da perda do benefício, que fazia com que esses pacientes não se empenhasse para concluir o tratamento”. (fisioterapeuta)

Esta problemática nos evidencia o quão é importante a educação em saúde para a comunidade, ajudando a criar uma consciência coletiva, pois o usuário portador da hanseníase, é responsável não apenas pela sua saúde, mas também pela de todos que o rodeia, uma vez que a falta de comprometimento com o tratamento adequado, possibilita a transmissão e patogenicidade da doença a outros indivíduos saudáveis.

Esta categoria nos demonstrou, segundo a vivência dos profissionais atuantes da Unidade Básica de saúde do Guamá sobre as dificuldades percebíveis para atender aos usuários portadores de hanseníase e como esses entraves dificultam nas ações de controle da doença. A partir desses expostos é possível traçar planos que possibilitem na melhora da qualidade do serviço de saúde, assim como na prestação de uma assistência mais completa e resolutive.

## 8. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou um melhor entendimento sobre como a equipe multiprofissional se articula para operacionalizar as ações de controle da hanseníase. O processo de análise de conteúdo garantiu uma sistematização que permitiu dialogarmos com o conhecimento produzido na literatura, e as nossas impressões analíticas e interpretativas.

O conteúdo das falas expressou tanto a atuação individual de cada membro da equipe quanto a atuação multidisciplinar, sendo que ao analisar as características dos sujeitos da pesquisa pudemos inferir que há uma necessidade de maior aprofundamento técnico, científico e reflexivo, reforçando a ideia de que é necessário mais capacitações, atualizações e atividades de formação não só para a equipe que atua no programa da hanseníase, mas também de todo o serviço. Desde 2004 existe uma política nacional de educação permanente, na qual o Ministério da Saúde, define os objetivos e diretrizes, orientando a forma como essa política deve ser operacionalizada. Porém pedagogicamente, essa política ainda é implementada de forma fragmentada e descontextualizada em relação as estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Os desafios são muitos, cabe aos gestores a responsabilidade de implementar um Sistema Municipal de Saúde que garanta com que as políticas preconizadas e institucionalizadas pelo Ministério da Saúde funcionem, sejam efetivas, satisfatórias e principalmente resolutivas nos problemas de saúde da população. A equipe multiprofissional que atende no programa de hanseníase, é fundamental nesse contexto, pois somente quem está na linha de frente da assistência, conhece as peculiaridades, dificuldades e obstáculos para que as ações de controle sejam resolutivas.

Ao investigar a percepção da equipe sobre as ações de controle da hanseníase, pudemos identificar as dificuldades que esses profissionais encontram em realizar uma assistência integral e resolutiva, mas estamos convencidos de que a equipe multiprofissional funciona, mesmo que suas ações sejam isoladas e fragmentadas, porém essa equipe pode fazer mais do que isso. A literatura ressalta que é preciso ir além, ou seja, é necessário que se caminhe para uma maior integração da equipe, pois somente dessa forma, as ações de controle da hanseníase podem ser mais resolutivas.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, C. K et al. A Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. Revista de epidemiologia dos serviços de saúde, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.

BASSANEZE, B; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Características do processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário. Revista de Diagnóstico e Tratamento, v. 19. n. 2, p. 61-67, 2014.

BRASIL. Auxílio doença. Disponível em: [http://www.dataprev.gov.br/servicos/auxdoe/auxdoe\\_ajuda\\_req.htm](http://www.dataprev.gov.br/servicos/auxdoe/auxdoe_ajuda_req.htm), Acessado em 17 de setembro de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 278 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I)

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Série A. Normas e Manuais técnicos) (cadernos de atenção básica, n. 21). 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 119p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. Revista Saúde Soc, v.21, supl.1, p.18-28, São Paulo, 2012.

DALFOVO, M. S; LANA, R. A; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. Cadernos de Pesquisa, n. 115, p.139-154, mar, 2002.

FERRAZ, L, VENDRUSCOLO.C, MARMETT. S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014.

FIRMINO, FI et al. A produção científica acerca da aplicabilidade da fenitoína na cicatrização de feridas. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(1):166-73.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de Conteúdo. Brasília: Liber Livro, 2008.

FREITAS, C. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. Revista Bras Enferm, v.61, edição especial, p. 757-763, Brasília, 2008.

GEORGE, A et al. Nursing interventions to manage anxiety levels of female inpatients admitted first time in a leprosy hospital. Indian J Lepr 2013, 85 : 19-25.

LANA, F ; CARVALHO, A ; DAVI, R . Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de araçuaí e sua relação com ações de controle. Esc Anna Nery (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):62-67.

LANA, F. et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. Revista Enferm UFSM, v. 4, n. 3, p. 556-565, Jul/Set, 2014.

LANZA, F. M; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 238-46  
LOPES, V. A. S; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. Revista Saúde debate, v. 38, n. 103, P. 817-829, out-dez 2014.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos qualitativos, Anais do evento, 2004.

MORAIS FILHO, L.A. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço. Rev Rene. 2013; 14(5):1050-60.

MOURA, T. H. M et al. Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família. Rev APS. 2012 abr/jun; 15(2): 139-147.

NASCIMENTO, G. R. C et al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 out/dez;13(4):743-50.

NIETSCHE EA, et al. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):3418. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a15.htm>.

NUNES MJ et al. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

OLIVEIRA, J. C. F, et al. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22(6):815-21.

OLIVEIRA, J. C. F, et al. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22(6):815-21.

OLIVEIRA, M. H. P; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. Revista Cad. Saúde Públ, v. 14, n. 1, p. 51-60, Rio de Janeiro, jan-mar, 1998.

PINHEIRO, M. G. C et al. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. rev min enferm. 2014 out/dez; 18(4): 895-900.

PINHEIRO, M. G. C. The nurse and the theme of leprosy in the school context: case studies. J. res.: fundam. care. online 2015. jul./set. 7(3):2774-2780.

RAJKUMAR, E et al. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. *Indian J Lepr* 2011, 83: 37-43.

RODRIGUES, F. F et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: act control and elimination. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2015, vol.68, n.2, pp.297-304-1984-0446.

SILVEIRA, M. G. B., COELHO, A. R., RODRIGUES, S. M., SOARES, M. M., & CAMILLO, G. N. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 2, p.517-527, 2014.

SOUZA E. B et al. Percepções da doença e do tratamento pelos pacientes tratados de hanseníase residentes em Palmas-Tocantins. *Revista de Hansen Int*, v. 38, n. 1-2, p. 56-60, 2013.

TOMALERI J. P et al. Qualidade da atenção as pessoas com hanseníase na rede pública de saúde. *Revista de Hansen Int*. v. 38, n. 1-2, p. 26-36, 2013.

TRIERVEILER, J et al. Trajetória histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*;2(1):63-76, Jan-Jul. 2011.

VIANA, D.M, et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2015 mai/ago; 5(2):1658-166

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

1. Qual a sua função no controle da hanseníase?
2. Como ocorre a assistência a um usuário com hanseníase no serviço de saúde?
3. Quais os procedimentos para definição e descoberta de novos casos?
4. Como ocorre o acompanhamento dos casos de hanseníase?
5. Como ocorre a investigação epidemiológica de contatos?
6. Como ocorrem as orientações sobre a prevenção de incapacidades?
7. Quais as principais dificuldades para atender o usuário com hanseníase?
8. Quais as principais medidas para ocorra um tratamento satisfatório?
9. Quais as dificuldades enfrentadas nos casos de recidiva da doença?

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIOPROFISSIONAL

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:

Feminino

Masculino

1 – Qual sua religião?

Católico;  Protestante;  Espírita;  Matriz afrodescendentes (Umbanda, Canoblé);  Ateu agnóstico;  outras: \_\_\_\_\_

2 – Qual sua Raça ou cor?

Branco;  Negro;  Pardo;  Amarelo;  Indígena

3 – Em qual categoria você trabalha?

Médico  Enfermeiro  Técnico de Enfermagem  Assistente social  Psicologia  Agente Comunitário de Saúde  outros

4 – Quanto tempo você tem de serviço público?

Menos de 1 ano  Entre 1 e 2 anos  entre 3 e 4 anos  entre 5 e 10 anos  entre 10 e 15 anos  entre 15 e 20 anos  entre 20 e 30 anos  acima de 30 anos

5 – Há quanto tempo você realiza atendimentos a usuários com hanseníase?

Menos de 1 ano  Entre 1 e 2 anos  entre 3 e 4 anos  entre 5 e 10 anos  entre 10 e 15 anos  entre 15 e 20 anos  entre 20 e 30 anos  acima de 30 anos

6 – Quantas capacitações você já fez voltadas para hanseníase

0  1  2  3  4  5  6  7  8

7 – Quando foi que você fez a última capacitação voltada para o controle da hanseníase?

Há menos de 1 ano  há mais de 1 ano atrás  há 2 anos atrás  há 3 anos atrás  há 4 anos atrás  há mais de 5 anos atrás

8 – Quantas horas da semana você destina para atendimento a usuários com hanseníase?

menos de 5 horas semanais  entre 5 e 10 horas semanais  entre 10 horas e 20 horas semanais  entre 20 e 30 horas semanais  entre 30 e 40 horas semanais

9 – Você faz atendimento exclusivo aos programas de tuberculose e hanseníase?

sim  não

10 – Quais os outros programas que você atende?

HIPERDIA  Pré-natal  PNI  PCCU  Criança e adolescente  Saúde mental  Saúde do homem  saúde do idoso  outros

11 – você faz visita domiciliar?

sim  não

12 – Você faz investigação epidemiológica dos contactantes?

sim  não

13 - A equipe faz mapeamento territorial das áreas consideradas endêmicas?

sim  não

14 – Você realiza ações de prevenção da hanseníase?

sim  não

14.1. Quais ações?

educação em saúde  orientação dos contactantes  ações de prevenção de incapacidade  busca ativa de casos novos por meio dos contatos intradomiciliares

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

### PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Convido-lhe a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada, “PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE”, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvida pelos alunos ELAYNE CRISTINA VIDAL DA COSTA e NAZARENO CAPELA DAS MERCES JUNIOR, regularmente matriculados no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), tendo como orientadora e pesquisadora responsável a prof<sup>o</sup> Mrs Hilma Solange Lopes Souza. A pesquisa tem por objetivo descrever as percepções da equipe de saúde que atua na unidade básica de saúde do Guamá sobre a hanseníase. Esclarecemos que o Sr. (a) será informante da pesquisa, participando de uma entrevista, na qual será utilizado um questionário e um roteiro que o senhor responderá em um aparelho de gravação de áudio. Garantimos que sua identidade será mantida sob sigilo e anonimato conforme recomendação da resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta pesquisa irá trabalhar para que o Sr. não sofra nenhum tipo de dano físico ou moral a vossa pessoa, e caso haja constrangimento devido a quebra do sigilo, será garantido conforme prevê a resolução providências legais em relação aos danos sofridos, em virtude da quebra do sigilo. Os benefícios desse estudo podem ajudar a compreender por meio das percepções dos profissionais sobre as ações de controle da hanseníase, quais as principais dificuldades encontradas no atendimento ao usuário portador da doença, contribuindo para que haja uma divulgação das experiências desses profissionais, ajudando no debate de uma formulação de políticas públicas em saúde voltadas para a assistência à hanseníase. Além disso, informo que os resultados deste trabalho poderão ser divulgados em revistas científicas e em anais de eventos dessa natureza. Sua participação nesse estudo poderá ser interrompida a qualquer momento com a devolução garantida dos dados coletados, sem que haja nenhum prejuízo moral a vossa pessoa.

---

prof<sup>o</sup> Mrs Hilma Solange Lopes Souza  
Assinatura do pesquisador responsável

---

ELAYNE CRISTINA VIDAL DA COSTA

Assinatura do membro da pesquisa

---

NAZARENO CAPELA DAS MERCES JUNIOR

Assinatura do membro da pesquisa

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, e autorizo a publicização das informações que compartilhei.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

### AUTORIZAÇÃO

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESMA está ciente Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica, da Faculdade de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA, intitulado: “PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO GUAMÁ SOBRE AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE”, de autoria dos acadêmicos Elayne Cristina Vidal da Costa e Nazareno Capela das Mercês Junior, orientado pela Profª Msc. Hilma Solange Lopes Souza, e que o mesmo já se encontra autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical – NMT/UFPA.

Portanto, comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Município de Belém-Pa para ser realizada nas Unidades Municipais de Saúde e Unidades de Saúde da Família do DAGUA.

Belém, 08 de Agosto de 2016

*Raimunda Silvia Gatti Norte*

Raimunda Silvia Gatti Norte

Coordenação do Núcleo de educação Permanente em Saúde

Silvia Gatti Norte  
Coordenadora do N. E. P. D. B. T. S. I. S. E. S. M.  
Mat. 6401234-01



Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)  
Marco, CEP. 66093-543  
E-mail: [sesmagab@gmail.com](mailto:sesmagab@gmail.com)

Tel: (91) 3184-6136



Tel: (91) 3184-6136

E-mail: [sesmagab@gmail.com](mailto:sesmagab@gmail.com)

Marco, CEP. 66093-543

Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

**PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. **Protocolo:** Nº060/2011-CEP/NMT
2. **Projeto de Pesquisa:** AVALIAÇÃO OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO D'ÁGUA NO MUNICÍPIO BELÉM-PA
3. **Pesquisador Responsável:** Hilma Solange Lopes Souza.
4. **Instituição / Unidade:** NMT/UFPA.
5. **Data de Entrada:** 10/11/2011.
6. **Data do Parecer:** 05/12/2011.

**PARECER**

O Comitê de Ética em Pesquisa do NMT/UFPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto, manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: **APROVADO.**

Belém, 19 janeiro de 2012

**Prof. Dr. Hellen Thais Fuzii**  
Coordenadora do CEP-NMT/UFPA.

**Luisa Caricio Martins**  
Vice-Coordenadora do  
Comitê de Ética