



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IDALINA SENA PESSOA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA PERSPECTIVA DA PESSOA ATINGIDA PELA
HANSENÍASE, EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

CAJAZEIRAS - PB

2017

IDALINA SENA PESSOA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA PERSPECTIVA DA PESSOA ATINGIDA PELA
HANSENÍASE, EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

CAJAZEIRAS - PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

P475d Pessoa, Idalina Sena.
Desafios no diagnóstico na perspectiva da pessoa atingida pela hanseníase, em um município hiperendêmico / Idalina Sena Pessoa. - Cajazeiras, 2017.
55p.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Hanseníase. 2. Diagnóstico. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Doenças bacterianas. I. Temoteo, Rayrla Cristina de Abreu. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002-73

IDALINA SENA PESSOA

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA PERSPECTIVA DA PESSOA ATINGIDA PELA
HANSENÍASE, EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 15/ 04/ 2017

BANCA EXAMINADORA

Rayla Cristina de Abreu Temoteo

Prof.^a Ms. Rayla Cristina de Abreu Temoteo
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
Orientadora

Flaviana Dávila de Sousa Soares

Prof.^a Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
1º Membro

Fernanda Formiga Flávio

Prof.^a Esp. Fernanda Formiga Flávio
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
2º Membro

**CAJAZEIRAS – PB
2017**

Dedico este trabalho ao senhor da minha vida, Deus, sem o qual não consigo dá um passo, meu guia em toda a graduação. A minha mãe Francisca Chagas de Sena Pessoa e ao meu pai, José Pessoa Sobrinho (em memoria), pelo amor, incentivo e apoio incondicional, ao meu esposo, Janailson de Sousa Alves, que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis e a todos os meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força, pela inspiração, por não me deixar desistir jamais em meios às dificuldades e sempre me mostrar o melhor caminho a seguir nessa jornada.

À minha querida família, a qual amo muito, pela força e união em todos os momentos da minha vida, minha mãe Francisca Chagas de Sena Pessoa, que sempre enfrentou todas as batalhas da minha vida ao meu lado; ao meu pai, José Pessoa Sobrinho (em memória), pelo carinho e a confiança transmitida e a todos os meus irmãos (José, Maria do Socorro, Josinaldo, Maria Josemar, Carlos Alexandre, Maria Cleide, Maria Livia, Jailson e Francisco Radineles), pela capacidade de acreditarem em mim, em especial ao meu irmão mais velho, José Pessoa Sobrinho, pelo apoio, ajuda, paciência e moradia durante a maior parte da minha vida acadêmica, a ele agradeço imensamente... Ao maior companheiro de minha vida, meu esposo, Janailson de Sousa Alves, por transmitir paz, confiança, esperança e amor nos momentos mais difíceis dessa graduação, por sempre me acalmar diante das lágrimas e dificuldades encontradas.

À minha segunda família, meu sogro, Francisco, minha sogra, Iara e aos meus cunhados pela força e incentivo constante.

À minha orientadora Professora Ms. Rayla Cristina de Abreu Temoteo, pelos conhecimentos riquíssimos compartilhados, pela dedicação, pelas orientações, pela paciência para comigo, pelas palavras de conforto e carinho em meio às situações difíceis e pela leveza que carrega em seu olhar, tornando a construção deste trabalho mais prazerosa e possível. Minha gratidão.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, que sempre me ajudaram no que precisei.

Às enfermeiras, aos enfermeiros e aos funcionários nas Unidades de Saúde da Família de Cajazeiras, por terem sido atenciosos para comigo. Obrigada.

Às pessoas atingidas pela hanseníase, por terem me acolhido tão bem em suas residências e terem contribuído com a minha formação, a eles todo o meu agradecimento.

Aos mestres pela trajetória percorrida. Em especial à Professora Maria Mônica Paulino do Nascimento por ter despertado em mim o interesse pela hanseníase. À Professora Francisca Bezerra de Oliveira e Álissan Karine Lima Martins que me direcionaram e me incentivaram à investigação científica.

Às diretoras da Escola Municipal Cecília Estolano Meireles, Joseane e Elizângela, por serem mais do que minhas gestoras, mas minhas amigas, por terem contribuído com a realização deste trabalho, entendendo a minha situação nos momentos mais difíceis dessa caminhada, por terem acreditado em mim, a elas minha admiração e agradecimento.

Ao meu eterno amigo, Ricardo Dias Cavalcante (em memória), pela paz e paciência transmitidas nos momentos de angústia.

Aos meus amigos Fátima, Evelto, Romeryto e Taiane pelos momentos de descontração, compartilhamento de conhecimentos e cumplicidade.

Aos colegas do Estágio Supervisionado II, pelos momentos vividos e divididos nesse semestre, em Campina Grande, e em Cajazeiras, em especial a Raylessa, Lívia, Cícera e Laiane.

PESSOA, Idalina Sena. **Desafios no diagnóstico na perspectiva da pessoa atingida pela hanseníase, em um município hiperendêmico.** 2017. 55f. Monografia (graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2017.

RESUMO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de alto poder incapacitante, tem nos doentes sem diagnósticos meios para a manutenção da cadeia de transmissão, bem como o aumento das chances de incapacidades físicas e deformidades. O estudo objetivou investigar os desafios enfrentados pelas pessoas atingidas pela hanseníase para a obtenção do diagnóstico, no município de Cajazeiras, Paraíba. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 13 pessoas atingidas pela hanseníase em tratamento nas Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados foi feita através de roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram que a maioria dos casos foram multibacilares, forma clínica dimorfa com algum grau de incapacidade. Identificou-se que os desafios para o diagnóstico nas Unidades de Saúde da Família foram dificuldades para sua obtenção como encaminhamento para a referência, erro e dúvidas no diagnóstico; o tempo superior a seis meses para elucidação, caracterizando um diagnóstico tardio e a predominância de um atendimento centralizado. Conclui-se que os desafios no diagnóstico da hanseníase se devem ao desinteresse para com a mesma, falta de capacitação profissional e desconhecimento da população sobre esse agravo.

Palavras chaves: Diagnóstico. Estratégia Saúde da Família. Hanseníase.

PESSOA, Idalina Sena. **Challenges in diagnosis from the perspective of the person affected by leprosy in a hyperendemic municipality**. 2017. 55f. Monograph (graduation in Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2017.

ABSTRACT

Leprosy, an infectious disease, with high incapacitating power, uses undiagnosed patients as a mean of maintenance of the chain of transmission, as well as the increase of the chances of physical incapacities and deformities. The study aimed to investigate the challenges faced by people affected with leprosy to obtain a diagnosis, in the municipality of Cajazeiras, Paraíba. This is an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, carried out by 13 people affected with leprosy under treatment in the Family Health Units. Data collection was done through the semi-structured interview script. The data were organized and analyzed according to the Bardin content analysis technique. The results showed that the majority of the cases were multibacillary, a dimorphic clinical form with some degree of disability. It was identified that the challenges for the diagnosis in the Family Health Units were difficulties to obtain it as referral for reference, error and doubts in the diagnosis; time longer than six months for elucidation, characterizing a late diagnosis and a predominance of centralized care. It is concluded that the challenges in the diagnosis of leprosy are due to the lack of interest in the leprosy, lack of professional training and lack of knowledge of the population about this disease.

Keywords: Diagnosis. Family Health Strategy. Leprosy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – CATEGORIA - 1: Dificuldades para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas USF	30
Quadro 02 – CATEGORIA - 2: Tempo decorrido para o diagnóstico da hanseníase nas USF	35
Quadro 03 – CATEGORIA - 3: Serviços de saúde que participaram do diagnóstico da hanseníase	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, estado civil, idade e escolaridade, Cajazeiras – PB	27
Tabela 02 – Distribuição dos participantes do estudo segundo ocupação, renda familiar por salários mínimos, Cajazeiras – PB	28
Tabela 03 – Distribuição dos participantes do estudo segundo classificação operacional, forma clínica e grau de incapacidade, Cajazeiras – PB	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- a. C.** – Antes de Cristo
- AC** – Análise de Conteúdo
- D** – Dimorfa
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HD** – Hanseníase Dimorfa
- HI** – Hanseníase Indeterminada
- HT** – Hanseníase Tuberculóide
- HV** – Hanseníase Virchowiana
- I** – Indeterminada
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- M. leprae** – Mycobacterium leprae
- MB** – Multibacilar
- MS** – Ministério da Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PB** – Paucibacilar
- PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica
- PNCH** – Programa Nacional de Controle da Hanseníase
- PQT/OMS** – Poliquimioterapia / Organização Mundial de Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde
- T** – Tuberculóide
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFMG** – Universidade Federal de Campina Grande
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade de Saúde da Família
- V** – Virchowiana

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	16
3.2 INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE	18
3.3 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	19
3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HANSENÍASE	21
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 DESENHO DO ESTUDO	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA	23
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO	24
4.5 ANÁLISE DE DADOS	25
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES.....	27
5.2 ANÁLISES DAS DIFICULDADES PARA A OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NAS USF	30
5.2.1 Encaminhamento para a referência	30
5.2.2 Erro no diagnóstico	32
5.2.3 Dúvidas no diagnóstico	33
5.3 ANÁLISES DO TEMPO DECORRIDO PARA OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NAS USF	34
5.3.1 Tempo superior a seis meses	35
5.3.2 Tempo inferior a seis meses.....	36
5.4 ANÁLISES DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PARTICIPARAM DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE.....	37

5.4.1 Outros serviços de saúde	38
5.4.2 Apenas Saúde da Família	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	47
APÊNDICE A – ENTREVISTA.....	48
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	49
ANEXOS	51
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	52
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	53

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de alto poder incapacitante, tem nos doentes sem diagnósticos meios para a manutenção da cadeia de transmissão, bem como o aumento das chances de incapacidades físicas e deformidades. O seu diagnóstico ainda é um desafio para os serviços de saúde, pois a população encontra dificuldades para a sua obtenção.

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese e do exame dermatoneurológico. Um caso de hanseníase é definido na presença de uma ou mais das seguintes características: lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade; acometimento de nervos periféricos com espessamento e baciloscopia positiva (serve apenas como exame complementar ao diagnóstico) (BRASIL, 2016a).

A hanseníase ainda é um sério problema de saúde pública no Brasil, em 2015, foram diagnosticados 28.761 casos novos, com coeficiente de detecção e de prevalência geral, expressos pelos seguintes valores: 14,07/100.000 habitantes e 1,01/100.000 habitantes, respectivamente. As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste foram as que apresentaram os maiores coeficientes de prevalência no referido ano (SINAM/SVS-MS, 2016).

No Estado da Paraíba, 14 municípios são classificados como hiperendêmicos, mas apenas 3 diagnosticaram mais de 10 casos, sendo eles: Cajazeiras com coeficiente de detecção 107,8 casos/100 mil habitantes, Campina Grande com 20,8 casos/100 mil habitantes e a capital João Pessoa com 11,3 casos/100 mil habitantes (OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013).

A Atenção Básica (AB) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal responsável pela identificação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo da pessoa atingida pela hanseníase, pois a mesma constitui a principal porta de entrada para os serviços de saúde, facilitando dessa forma o diagnóstico e o tratamento precoce, evitando a transmissão da doença (LANA; LANZA, 2011). Logo as Unidades de Saúde da Família (USF) devem realizar o diagnóstico precoce da doença, baseado essencialmente na história epidemiológica e manifestações clínicas. Devendo ser referenciado para obtenção de diagnóstico somente os casos suspeitos de comprometimento neural sem lesão cutânea (BRASIL, 2016a).

No entanto, essa não é a realidade vivenciada nas USF, existindo muitos obstáculos para o diagnóstico da hanseníase, eles estão relacionados aos serviços de saúde, que possuem baixa resolutividade na confirmação dos casos; aos profissionais de saúde que possuem dificuldades para diagnosticar precocemente a doença e a população, que não

procura os serviços de saúde, pois não se sente incomodada com as manifestações iniciais ou desconhecem-nas (LOPES, 2014).

Um estudo realizado por Santos et al. (2007), aponta que as principais dificuldades relatadas pelos pacientes para a obtenção do diagnóstico foram: estigma, ausência de percepção da doença, desconhecimento e a não procura aos serviços de saúde. Enquanto no estudo de Eidt (2004), os pacientes identificaram como dificuldade a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a doença, tendo que se submeterem a várias consultas nas USF para serem diagnosticados.

Portanto, diante das problemáticas apresentadas questiona-se: quais são as possíveis dificuldades enfrentadas pelos doentes de hanseníase para o seu diagnóstico em USF, no município de Cajazeiras, Paraíba?

A abordagem da temática é de extrema importância, visto que o diagnóstico da hanseníase deve ser obtido na AB e somente ser referenciado em casos específicos, além de que o doente sem diagnóstico mantém a cadeia de transmissão e as chances de incapacidades. O diagnóstico determina o início do tratamento, cessando a transmissão da doença e quanto mais precoce ele ocorrer, menores são as possibilidades de incapacidades e deformidades (BRASIL, 2016a).

A pretensão por esse estudo despertou-se durante as visitas domiciliares aos doentes de hanseníase, ofertadas no Curso de Graduação em Enfermagem, a partir de relatos de pacientes sobre as dificuldades enfrentadas para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas USF, obtido na maioria das vezes no consultório dermatológico, depois de muito tempo do surgimento dos sinais e sintomas.

Logo, o estudo poderá contribuir para um maior entendimento sobre as dificuldades que as pessoas atingidas pela hanseníase enfrentam para conseguir o diagnóstico, permitindo que as USF organizem e direcionem melhor as suas ações, aumentando a qualidade da assistência prestada e que os pacientes apresentem menos chances de sequelas físicas, psicológicas e sociais, aumentando a qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os desafios enfrentados pelas pessoas atingidas pela hanseníase para a obtenção do diagnóstico, no município de Cajazeiras, Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar possíveis dificuldades relatadas pelos doentes para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família;

- ✓ Identificar o tempo decorrido para obtenção do diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família;

- ✓ Identificar outros serviços de saúde que possam ter participado do diagnóstico da pessoa atingida pela hanseníase.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A hanseníase é uma doença milenar que acomete a humanidade, o seu berço pode ser considerado a Ásia e a África, pois desde 600 a. C. já existiam registros datados dela na Ásia (BRASIL, 2016b). No Brasil, a hanseníase é proveniente dos primeiros colonos infectados com os primeiros casos notificados no Rio de Janeiro, em 1600, onde foi criado, em 1740, o primeiro *Hospital de Lázaros* (TEMOTEO, 2011).

O resgate histórico da terapêutica desse agravo possibilita um maior entendimento sobre a meta pactuada internacionalmente de eliminação da doença como problema de saúde pública. Dessa forma a primeira medicação utilizada foi as Sulfonas (dapsona), em 1934. No entanto devido à resistência causada por elas, em 1981 a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou o uso da Poliquimioterapia (PQT) por meio da combinação da dapsona, rifampicina e clofazimina (BRASIL, 2013).

Em 1991, os países membros da OMS estabeleceram que a hanseníase não seria mais considerada um problema de saúde pública nos países onde o coeficiente de prevalência fosse menor ou igual a 1 caso a cada 10 mil habitantes (WHO, 2010).

Sendo assim a eliminação desse agravo como problema de saúde pública torna-se efetivo quando ocorrer redução drástica da carga da doença ao nível aceitável, de forma que a sua prevalência não limite a produtividade social nem o desenvolvimento da comunidade (BRASIL, 2013).

Nos últimos anos, no Brasil, o coeficiente de prevalência da hanseníase vem diminuindo progressivamente. Em 2012, o coeficiente de prevalência era 1,51 caso/10 mil habitantes, enquanto em 2004, o seu valor era 1,71 caso/10 mil habitantes, ou seja uma redução de 12%. No entanto o padrão espacial de distribuição permanece o mesmo, pois os municípios localizados na borda da Amazônia brasileira, nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Pará e Tocantins e, ainda, em algumas áreas metropolitanas do Nordeste são aqueles com coeficientes de prevalência mais elevados (BRASIL, 2013).

A hanseníase é uma doença com relevância significativa para a saúde pública em virtude da sua magnitude e do seu alto poder incapacitante, além de atingir, principalmente a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2008a).

Trata-se de uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), que se manifesta principalmente através dos sinais e sintomas dermatoneurológicos como lesões cutâneas e nos nervos periféricos (essencialmente nos olhos, mãos e pés). Pois o *M. leprae* ou bacilo de Hansen é um parasita intracelular, capaz de infectar especificamente as células de Schwann. Esse tropismo neural, bem como o poder imunogênico desse bacilo determina o seu alto poder incapacitante (BRASIL, 2008a). Ele tem alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, muitas pessoas são infectadas, mas poucas desenvolvem a doença (BRASIL, 2002).

O homem é considerado a única fonte de infecção desse agravo e a sua transmissão ocorre do indivíduo multibacilar (forma infectante da doença) não tratado para indivíduos sãos e susceptíveis, quando há o contato íntimo e prolongado, muito comum no convívio domiciliar. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente no meio exterior e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores. O período de incubação da doença varia de 2 a 5 anos (BRASIL, 2008a).

O adoecimento e as manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo, pois a maioria das pessoas possui imunidade contra o *M. leprae* e não adoecem. Entre as que adoecem, o grau de imunidade varia e determina a evolução da doença (BRASIL, 2002).

De acordo com a classificação de Madrid, criada em 1953, no VI Congresso Internacional de Leprologia, a hanseníase pode ser classificada em formas polares estáveis tuberculóide (T) e virchowiana (V), um grupo transitório e inicial da doença (forma indeterminada-I) e o polo instável e intermediário denominado dimorfo (D) (MARTINELLI, 2015). Para fins terapêuticos, o MS vem adotando uma classificação operacional, paucibacilares (PB): hanseníase indeterminada (HI) e hanseníase tuberculóide (HT) e multibacilares (MB): hanseníase dimorfa (HD) e hanseníase virchowiana (HV), bem como os não classificados (SOUZA, 2002).

De uma forma geral, as principais manifestações clínicas da doença são: manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas com alteração de sensibilidade; pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, principalmente sobranceiras; falta ou ausência de sudorese no local. Podemos ainda destacar outros sinais e sintomas observados, como dor e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e por vezes, pálpebras;

edema de mãos e pés; febre e artralgia; entupimento, feridas e ressecamento do nariz; nódulos eritematosos dolorosos; mal estar geral e ressecamento dos olhos (BRASIL, 2008a).

Uma das estratégias para o controle da hanseníase, enquanto problema de saúde pública é o seu tratamento (BRASIL, 2002). Esse é realizado ambulatoriamente, por meio de uma associação de medicamentos, a Poliquimioterapia padrão da OMS (PQT/OMS) (BRASIL, 2009).

Diante do desafio de eliminar a doença, foi lançado no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). E a melhor forma de concretizar essa eliminação é a implementação das suas ações nas Unidades de Saúde da Família (USF), pois dessa forma o doente tem maior acessibilidade ao diagnóstico precoce, tratamento adequado, acompanhamento contínuo, prevenção de incapacidades e consequentemente diminuição do estigma e exclusão social (RODRIGUES et al., 2015).

3.2 INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DA HANSENÍASE

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico. Devendo ser realizada a classificação operacional do doente em Paucibacilar (PB) (até cinco lesões de pele) e Multibacilar (MB) (mais de cinco lesões de pele), de acordo com os critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico) para a definição do esquema terapêutico (BRASIL, 2016a).

A baciloscopia, quando disponível deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos. O resultado positivo classifica o caso como MB, independente do número de lesões e o resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2010).

O diagnóstico clínico da hanseníase é realizado por meio do histórico epidemiológico do paciente e do exame dermatoneurológico, esse último tem a finalidade de identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (BRASIL, 2009).

O exame dermatológico consiste na avaliação de toda a superfície corporal do paciente para a identificação de lesões cutâneas e realização de pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões e/ou áreas suspeitas para verificar qualquer alteração (BRASIL, 2008a).

O exame neurológico compreende a inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos. A partir dele, podemos classificar o grau de incapacidade física (BRASIL, 2008a).

Os nervos que passam pela face (trigêmeo e facial: podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz), pelos braços (radial, ulnar e mediano: podem causar alterações nos braços e mãos) e pelas pernas (fibular comum e tibial posterior: podem causar alterações nas pernas e pés) são os principais nervos periféricos atingidos na hanseníase. Logo são esses troncos nervosos que são avaliados (BRASIL, 2002).

O exame neurológico deve ser realizado no início do tratamento; mensalmente, quando possível, ou pelo menos de seis em seis meses; com maior frequência durante neurites ou reações, na suspeita destas, durante ou após o tratamento; quando houver queixas e na alta (BRASIL, 2008a).

É necessário realizar o diagnóstico diferencial na hanseníase, pois ela pode ser confundida com outras doenças dermatológicas com manifestações clínicas semelhantes as suas, tais como: eczematide, pitiríase versicolor (“pano branco”), vitiligo, dermatofitoses e doenças neurológicas (BRASIL, 2008a).

3.3 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

A Atenção Básica (AB), segundo a atual Política de Atenção Básica (PNAB) é definida como um nível de atenção que funciona como principal porta de entrada da população para os serviços de saúde, cujo objetivo é a prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde, o diagnóstico e o tratamento. Cabendo a esse nível de atenção oferecer assistência holística ao paciente, em todas as suas dimensões, rompendo o modelo biomédico. Também atua direcionando os pacientes aos níveis de atenção secundária e terciária, conforme cada necessidade, organizando dessa forma a demanda desses serviços especializados (BRASIL, 2012a).

A discussão sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase no Brasil vem se dando desde a década de 1980, no bojo da reestruturação do sistema de saúde (ANDRADE; MOREIRA; SOARES, 2006). Pois até então todo o atendimento prestado ao doente era realizado nos centros especializados, ou seja, a assistência prestada era totalmente centralizada (RAPOSO, 2011).

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde foi elaborado o Projeto de Intervenção para o quinquênio 1986-1990, destinado à descentralização e integração do programa de hanseníase na rede de serviços de saúde. Neste período, a execução das ações de controle desse agravo passou a ser delegada aos municípios, de acordo com o modelo de saúde instituído pelo SUS, através da Norma Operacional Básica (NOB/93) (ANDRADE; MOREIRA; SOARES, 2006).

No entanto, a centralização do atendimento a pessoa atingida pela hanseníase ainda persiste, principalmente em relação à obtenção de diagnóstico. Em seu estudo Arantes (2010) constatou que a centralização do atendimento ao doente de hanseníase pode ser evidenciado pelo percentual considerável de lesões visíveis (grau 2) encontrada na população estudada, isso não reflete a má qualificação das referências, mais uma menor frequência de atendimento direcionado para orientações e intervenções.

A descentralização das ações da doença para a AB enfrentou resistência tanto por parte dos profissionais dos serviços especializados quanto por parte da equipe saúde da família, em especial os médicos. Pois os profissionais das referências temiam a falta de qualidade desses serviços e conseqüentemente a evolução da doença, enquanto os profissionais da AB apresentavam insegurança e preconceito (LANZA; LANA, 2011).

Dentre as atividades desenvolvidas para o controle da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família (USF), o diagnóstico da doença, apresenta-se como umas das ações mais desafiadoras. Lanza; Lana (2011) aponta como principais dificuldades: a falta de capacitação profissional, o desconhecimento das manifestações clínicas por parte da população e o desinteresse dos profissionais em relação à história do paciente, queixas e exame minucioso, conforme preconizado. Neiva (2010) identifica também as mesmas dificuldades, com exceção do desinteresse profissional.

Já Feliciano; Kovasc; Alzate (1998) aponta as dificuldades existentes para o diagnóstico precoce da doença nos serviços de saúde públicos e filantrópicos, sendo elas: a falta de atendimento as pessoas que procuram os serviços de saúde; demora em realizar a consulta, quando marcada em outro dia; tempos de espera longos dentro dos serviços; consultas rápidas; poucos profissionais capacitados; boa parte dos médicos não realiza a avaliação completa de todo o corpo do paciente e a deficiência para reconhecer as manifestações clínicas da doença, bem como realizar o diagnóstico diferencial.

Os pacientes também apresentam dificuldades para a obtenção do diagnóstico, pois não percebem as primeiras manifestações clínicas da doença, como as lesões cutâneas com alteração de sensibilidade, e só buscam os serviços de saúde quando apresenta já as

formas transmissíveis. Isso, na maioria dos casos acontece, porque as pessoas desconhecem a hanseníase e a confundem com outras doenças dermatológicas. A baixa resolutividade dos serviços é outra dificuldade enfrentada pela população, pois ao procurá-lo não há êxito no diagnóstico. Bem como o estigma que ainda rodeia a hanseníase (SANTOS et al., 2007). O mesmo autor aborda o longo tempo decorrido para a obtenção do diagnóstico, por motivos de erros, um dos casos levou cerca de três anos para a confirmação do diagnóstico, já na forma avançada da doença, a forma virchoviana, que só foi fechado no consultório dermatológico.

No estudo de Eidt (2004), as pessoas atingidas pela hanseníase relatam que o seu diagnóstico foi dificultado devido à falta de conhecimento sobre a doença, por parte dos profissionais de saúde. Por isso, um percentual considerável dos pacientes precisaram se submeter a quatro ou mais consultas nas USF para serem diagnosticadas, pois diante dos sintomas e sinais iniciais buscam em primeiro lugar a AB.

Portanto, a melhor forma de sanar as dificuldades existentes para a descentralização das ações de controle da hanseníase é a promoção da educação em saúde tanto dos profissionais quanto da população, para que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) seja desenvolvido com sucesso na AB, principalmente o diagnóstico da doença, pois os casos ocultos mantêm a cadeia de transmissão (SANTOS et al., 2007; NEIVA, 2010; LANZA; LANA, 2011; RAPOSO, 2011; RODRIGUES et al., 2015).

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA HANSENÍASE

A educação em saúde é uma prática capaz de transformar e inovar, além de oferecer suportes para o entendimento do processo de adoecimento, devendo estar presente em todas as ações de controle da hanseníase (TEMOTEO, 2011).

Deve ser direcionada a toda a equipe de saúde, as pessoas atingidas pela hanseníase, aos contatos intradomiciliares e a comunidade, pois tem como objetivo principal incentivar a procura ao serviço de saúde para identificar precocemente a doença; acabar com as falsas concepções que a cercam; divulgar as principais ações de controle da doença: manifestações clínicas para obtenção do diagnóstico precoce, regularidade do tratamento, prevenção de incapacidades e realização do exame dos contatos; bem como informar os locais de tratamento e as medidas de autocuidado (BRASIL, 2016a).

A qualificação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que estão em contato mais direto com a comunidade é essencial para a obtenção do diagnóstico da

hanseníase (RORIGUES et al., 2015). Pois quando temos profissionais de saúde capacitados os números de casos diagnosticados aumentam, já que os mesmos tornam se mais capazes de identificar a doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, os profissionais de saúde apontam que não existe investimento em sua capacitação para a atuação nas ações de controle da hanseníase (LANZA; LANA, 2011).

Essa capacitação profissional não deve apenas partir dos gestores dos serviços, mas o próprio profissional deve buscar se qualificar cada vez mais, logo a responsabilidade de treinar recursos humanos para atuar no controle da hanseníase deve ser tanto do serviço como do profissional, porém ambos, em boa parte das vezes, se acomodam (RORIGUES et al., 2015).

A população ainda não está bem informada sobre a doença, pois desconhecem os seus sinais e sintomas, o que impede a realização do diagnóstico (NEIVA, 2010). Logo, se não há busca ativa na comunidade, existindo uma dependência apenas da demanda espontânea, os casos permanecem ocultos, sendo diagnosticados tardiamente (TEMOTEO, 2011).

Portanto, a educação em saúde tem como principal propósito sensibilizar e melhorar os níveis de entendimento da população sobre a hanseníase, seus programas e sobre suas consequências para a comunidade, tanto em termo dos benefícios, quanto das responsabilidades. Pois quando a comunidade consegue identificar a doença ela procura o serviço de saúde, ou seja, aumenta a demanda espontânea e consequentemente o número de diagnósticos (OMS, 2010).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um conjunto de conhecimentos padronizados e muito bem descritos, com o propósito de que se outras pessoas adotarem os mesmos passos chegarão a resultados semelhantes (ALMEIDA, 2014).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Para atingir os objetivos, o estudo é do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Marconi; Lakatos (2010) a pesquisa exploratória objetiva a formulação de um problema com a finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para realização de um estudo futuro mais preciso, ou modificar e clarificar conceitos. Os estudos exploratórios-descritivos têm como objetivo a descrição completa de um determinado fenômeno.

Do ponto de vista de Gil (2010), o estudo descritivo tem por finalidade descrever as características de determinada população, além de identificar possíveis relações entre variáveis. Entre os estudos descritivos podemos destacar aqueles que têm por objetivos levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A abordagem qualitativa busca analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, favorecendo análise detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2010). Nesse tipo de abordagem não há necessidade da utilização das ferramentas estatísticas de análise de dados, e mesmo assim a pesquisa é altamente descritiva (ALMEIDA, 2014).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF), na cidade de Cajazeiras. O referido município está localizado no alto sertão paraibano, a 477 km da capital João Pessoa e ocupa uma área territorial de aproximadamente 565.899 km². A estimativa da população residente para 2016 é de 61.816 habitantes (IBGE, 2010). Atualmente, de acordo com a Secretária Municipal de Saúde apresenta 23 USF.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Fizeram parte da pesquisa 13 pessoas atingidas pela hanseníase em tratamento nas USF de Cajazeiras. A amostra foi fechada por saturação teórica, ou seja, quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescenta ao material já coletado, não havendo a necessidade de persistir em sua obtenção (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Pois os dados começam a se tornarem repetitivos.

A amostra atendeu aos critérios: pessoas atingidas pela hanseníase com idade superior a 18 anos em tratamento nas USF, na zona urbana. Foram excluídas da amostra as pessoas atingidas pela hanseníase que não houve a possibilidade de localização por mudança de endereço ou falta de informação no período que correspondeu à coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande (HUAC/UFCG), Campina Grande – Paraíba, sob o número 1.919.634. Iniciou o processo de coleta de dados. Primeiramente foi feito o levantamento dos prontuários dos casos de hanseníase em tratamento nas USF, para realização das visitas domiciliares e coleta dos dados. Foi encaminhado um ofício para as USF com objetivo de autorizar a realização da pesquisa. Antes da coleta de dados, foi feita a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), ficando uma via com cada uma das partes envolvidas, o qual informa o teor científico e as características da pesquisa.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, contendo perguntas fechadas, que permitem a caracterização sócio demográfica e clínica dos participantes e questões norteadoras sobre o assunto estudado (APÊNDICE A).

Apesar de entrevista semiestruturada requerer um roteiro, ela permite certa flexibilidade ao abordar o entrevistado (ALMEIDA, 2014). Pois pode ser readaptada conforme as necessidades encontradas.

De acordo com Gil (2010), a entrevista semiestruturada possibilita a espontaneidade do participante, algo essencial para o desenvolvimento do estudo.

A coleta de dados foi realizada na residência das pessoas atingidas pela hanseníase e as entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

As questões referentes aos dados sócio-demográficos e clínicos foram trabalhadas de forma descritiva, por meio da construção de tabelas.

Os dados coletados por meio de questões subjetivas foram analisados conforme a abordagem qualitativa. A sistematização dos dados foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo (AC) por Categorias Temáticas, proposta por Bardin (2011).

A AC consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que permite analisar as comunicações, seja ela escrita, oral, por meio de imagens, enfim tudo o que é portador de significações. Para isso, utiliza procedimentos sistematizados e objetivos, como por exemplo, as categorias, para a descrição dos conteúdos das mensagens. Cujo objetivo não se limita apenas a descrição destes conteúdos, mas também o que eles têm a nos dizer e ensinar. (BARDIN, 2011).

Segundo Caregnato e Mutti (2006) a AC permite que o analista compreenda o pensamento dos participantes por meio dos conteúdos expresso no texto, estabelecendo categorias para sua interpretação.

A pesquisa seguiu as etapas do método de AC, descritas a seguir de acordo com Bardin (2011):

- ✓ Organização da análise: consiste na organização do material a ser estudado, a fim de que as próximas etapas da análise sejam desenvolvidas com precisão. Essa fase compreende: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores. A escolha dos *corpus* (conjunto de dados a serem analisados) devem considerar as seguintes regras: exaustividade (na escolha dos *corpus* não se pode deixar de lado os elementos da pesquisa por razões não justificáveis no plano do rigor); representatividade (escolha de uma parcela dos dados, desde de que o material a isso se preste); homogeneidade (os dados devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar singularidade excessiva fora desses critérios) e pertinência (os dados retidos devem ser adequados para que os objetivos da pesquisa sejam correspondidos pela análise).
- ✓ Codificação: corresponde a transformação dos dados brutos da etapa anterior. Em outras palavras, quando organizamos esses dados precisamente por meio do recorte

(escolha das unidades), da enumeração (escolha das regras) e da classificação e agregação (escolha das categorias) conseguimos atingir uma representação do conteúdo ou da expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto.

- ✓ Categorização: consiste em classificar os elementos (unidades de registros) por diferenciação e, em seguida por reagrupamento de acordo com o gênero, usando critérios anteriormente estabelecidos, formando assim, categorias que reúnem grupos de elementos com características semelhantes, sob um título genérico. Os critérios de categorização podem ser semântico, sintático, léxico e expressivo.
- ✓ Inferência: é o momento em que o analista busca obter inferências válidas sobre a relação causa/efeito utilizando o canal da comunicação e as mensagens com significação. Ou seja, é a indução lógica, a partir dos dados.

Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas, que em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram considerados os princípios da Bioética no que concerne a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012b).

Foram prestados esclarecimentos sobre objetivos e motivos da pesquisa e solicitada assinatura do participante no TCLE, que explica as principais características da pesquisa, garanti o anonimato dos participantes e o sigilo absoluto das informações coletadas, bem como a liberdade de desistência em qualquer momento do estudo. Sendo assim, os entrevistados foram identificados com a letra “P” de “Participante”, seguida de número correspondente à ordem de realização da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados são constituídos pela caracterização dos participantes da pesquisa, com apresentação de dados sócio-demográficos e clínicos, por meio da construção de tabelas e os discursos das entrevistas, sistematizadas de acordo com a técnica de categorias temáticas, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pelo estudo. As análises de dados foram realizadas com 13 entrevistas direcionadas as pessoas atingidas pela hanseníase que estão em tratamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PARTICIPANTES

Tabela 01 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, estado civil, idade e escolaridade, Cajazeiras/PB

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
SEXO		
Masculino	10	76,92
Feminino	03	23,08
TOTAL	13	100
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	05	38,46
Casado (a)	04	30,77
União Conjugal (a)	02	15,38
Viúvo (a)	02	15,38
TOTAL	13	100
FAIXA ETÁRIA		
22 a 37 anos	03	23,08
38 a 53 anos	03	23,08
54 a 69 anos	06	46,15
70 a 85 anos	01	7,69
TOTAL	13	100
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	05	38,46
Fundamental incompleto	06	46,15
Médio incompleto	01	7,69
Superior incompleto	01	7,69
TOTAL	13	100

Fonte: Dados do Estudo/2017

A tabela 01 mostra que houve diferença significativa de sexo, pois dos 13 entrevistados, 10 (76,92%) foram do sexo masculino e 3 (23,08%) foram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, 05 (38,46%) eram solteiros e 04 (30,76%) eram casados. Em relação à faixa etária, constatou-se que a idade predominante variou de 22 a 69 anos com 92,31% dos entrevistados. Quanto à escolaridade verificou-se que 06 (46,15%) dos participantes possuem o ensino fundamental incompleto e 05 (38,46%) se intitularam analfabetos.

O estudo mostra a predominância do sexo masculino, concordando com os resultados de Tomareli et al. (2013), pois dos 34 doentes entrevistados em sua pesquisa 61,8% eram do sexo masculino. Assim, percebe-se que os homens são mais acometidos pela doença. Pois segundo Silva; Toledo; Gelatti (2015), a hanseníase é mais prevalente nos homens, provavelmente por apresentarem um maior contato social e uma menor preocupação com a saúde.

Em relação à escolaridade, no estudo de Souza et al. (2013), prevaleceu o ensino fundamental incompleto. Em se tratando de faixa etária, na pesquisa de Santos et al. (2012), a idade prevalente foi entre 20 a 49 anos e acima de 50 anos. Com relação ao estado civil, Lopes e Rangel (2014) encontraram a maioria solteira (51,5%), seguida de casados (30,3%), dos que mantêm relação estável (15,2%) e de viúvos (3%). Dessa forma pode-se inferir que a hanseníase atinge, geralmente, as pessoas com baixo nível de escolaridade, solteiras e casadas e a população economicamente ativa.

Tabela 02 – Distribuição dos participantes do estudo segundo ocupação e renda familiar por salários mínimos, Cajazeiras/PB

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
OCUPAÇÃO		
Aposentado	03	23,08
Encostado	01	7,69
Estudante	01	7,69
Agricultor	04	30,77
Desocupado	01	7,69
Autônomo	01	7,69
Vendedor	01	7,69
Motorista	01	7,69
TOTAL	13	100
RENDA EM SALÁRIOS MÍNIMOS		
Menor que 1	05	38,46
1/ -2	07	53,85
3	01	7,69
TOTAL	13	100

Fonte: Dados do Estudo/2017

NOTA: O salário mínimo vigente no país no momento da coleta de dados do estudo era de R\$ R\$ 937,00(novecentos e trinta e sete reais).

A tabela 02 registra a distribuição dos participantes por ocupação e renda familiar em salários mínimos. A respeito das atividades exercidas, houve predomínio de duas ocupações: agricultor (30,76%) e aposentado (23,07%). Em se tratando de renda familiar mensal identificou-se que 07 (53,84%) dos entrevistados recebem de 1 a 2 salários mínimos e 05 (38,46%) vivem com menos de 1 salário mínimo.

Dentre as ocupações identificadas por Oliveira (2011), a ocupação mais encontrada também foi a de lavrador (41,8%). Em se tratando de renda, Hamester (2016) verificou que a maioria dos participantes (59,26%) que utilizam o serviço público de saúde do Hospital da Universidade de Brasília (HUB), no Distrito Federal, para acompanhamento e tratamento da hanseníase recebem também de 1 a 2 salários mínimos. Isso indica que as pessoas que trabalham no campo estão mais sujeitas a doença e que ela acomete, principalmente os indivíduos menos favorecidos economicamente.

Tabela 03 – Distribuição dos participantes do estudo segundo classificação operacional, forma clínica e grau de incapacidade, Cajazeiras/PB

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Multibacilar (MB)	12	92,30
Paucibacilar (PB)	01	7,69
TOTAL	13	100
FORMA CLÍNICA		
Dimorfa	08	61,54
Virchowiana	04	30,77
Tuberculóide	01	7,69
TOTAL	13	100
GRAU DE INCAPACIDADE		
0	08	61,54
1	03	23,08
2	02	15,38
TOTAL	13	100

Fonte: Dados do Estudo/2017

A tabela 03 registra os dados clínicos dos participantes. Nela observamos que 12 (92,30%) dos entrevistados foram classificados operacionalmente como MB e apenas 01 (7,69%) como PB, fato que evidencia um diagnóstico tardio. Quanto à forma clínica predominante, 61,53% eram dimorfa e 30,76% eram virchowiana. Em relação ao grau de incapacidade, na época do diagnóstico, 08 (61,53%) dos entrevistados possuíam grau zero, 03 (23,07%) grau I e 02 (15,38%) grau II.

Em estudo epidemiológico da hanseníase no município de Brasileiro – MG, no período de 2005 a 2009, Santos et al. (2012) verificou que a forma clínica prevalente foi a dimorfa (59,6%), seguida do tipo virchowiana (31,8%) e a classe operacional foi a MB (92,4%). De acordo com Gomes et al. (2005), a maioria dos participantes da sua pesquisa apresentavam na época do diagnóstico grau zero (72,5%), porém 21,7% apresentaram algum grau de incapacidade (15% com grau I e 6,7 % com grau II). Dessa forma percebe-se um diagnóstico tardio, pois a realização do diagnóstico está ocorrendo quando os sujeitos apresentam já as formas transmissíveis da doença, com incapacidades.

5.2 ANÁLISES DAS DIFICULDADES PARA A OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NAS USF

Considerando a resposta da questão, “quais foram as dificuldades enfrentadas para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas USF”? Foi possível apreender dos discursos dos participantes três temáticas: encaminhamento para o dermatologista, erro no diagnóstico e dúvidas no diagnóstico (**QUADRO 01**).

Quadro 01 – CATEGORIA – 1: Dificuldades para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas USF

SUBCATEGORIA	<i>f</i> ¹
Encaminhamento para a referência	07
Erro no diagnóstico	02
Dúvidas no diagnóstico	02
TOTAL	11

Fonte: Dados do Estudo/2017

5. 2.1 Encaminhamento para a referência

A partir do relato de sete participantes, percebeu-se como dificuldade encontrada para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas USF o encaminhamento para a referência, a qual foi expressa nos discursos que seguem:

¹ Em relação à frequência ter apresentado total menor do que o número de participantes deve-se ao fato de que alguns dos entrevistados não referiram dificuldades para a obtenção do diagnóstico nas USF.

“[...] Dr.^a na hora que viu conheceu logo, não, eu não vou passar nenhum remédio pode ir para o dermatologista , quando eu cheguei lá que o dermatologista viu, o dermatologista já passou a medicação sem nem chegar o exame, porque ele já conheceu que era [...].” (P. 03)

“[...] eu peguei o encaminhamento e fui para o canto certo, a Policlínica [...].” (P. 12)

“[...] eu fui fazer exame lá na Policlínica, lá a mulher rapou para tirar a parte de cima para fazer o exame [...].” (P. 05)

“[...] primeiro eu passei naquele médico lá, como é que é? O Boliviano, o médico do posto, aí ele disse: acho que é hanseníase, aí eu disse: não é não, aí ele disse: vamos fazer o teste [...].” (P. 11)

Lanza e Lana (2011), em seu estudo sobre descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Geras, identificaram que existem muitos médicos e enfermeiros treinados para o controle da hanseníase que não fazem o diagnóstico da doença, mesmo o paciente apresentando manifestações clínicas claramente evidentes, estes são referenciados. Por isso percebe-se a necessidade de uma maior sensibilização destes profissionais para a importância do diagnóstico precoce da doença na Atenção Básica (AB).

Já Alencar et al. (2016) aponta que houve uma redução de encaminhamentos para consultas especializadas e solicitação de exames em decorrência do Programa Mais Médicos.

Enquanto, Bassaneze; Gonçalves; Padovani (2014) identificaram a dependência do médico de exames complementares (baciloscopia e biopsia) para a confirmação do diagnóstico, evidenciada pelo o excesso de solicitação dos mesmos. Os autores colocam ainda que estes exames devem ser utilizados apenas como elementos complementares em determinadas situações e que esse excesso de solicitação ocorre em virtude da falta de avaliação clínica adequada dos casos suspeitos de hanseníase.

Da mesma forma, o Ministério da Saúde coloca que o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico e que a baciloscopia serve apenas como um exame complementar ao diagnóstico (BRASIL, 2016a). No entanto, a baciloscopia ainda é um exame rotineiro para a confirmação da doença, pois os médicos não se sentem seguros em realizar o

diagnóstico apenas por meio da avaliação clínica do paciente, os mesmo, como é percebido nos relatos acima, desconfiam que é hanseníase, mas preferem indicar a baciloscopia e/ou a referencia para terem certeza.

Isso demonstra certa insegurança dos profissionais da saúde para diagnosticar a doença e certo desinteresse nas USF para com ela, deixando muitas vezes o doente passar despercebido pelo serviço. Não examinando toda a superfície corporal do paciente, não investigando a sua história epidemiológica com precisão, não lhe dando atenção necessária, apenas passam o problema adiante sem solução. Pois se houvesse um maior interesse pelo paciente em toda a sua subjetividade, mais casos de hanseníase poderiam ser diagnosticados na AB, sem a necessidade de tanta referência ou solicitação de baciloscopia.

5.2.2 Erro no diagnóstico

Conforme o relato de dois participantes percebeu-se o erro no diagnóstico como a dificuldade para a obtenção do diagnóstico da hanseníase na USF, o qual foi expresso pelos discursos que seguem:

“Ano passado apareceu umas manchas, eu fui para o posto, cheguei lá no posto, a médica examinou e disse que era uma alergia [...] a médica com a experiência que tem, na 1ª vez já era pra ter [...] porque oito mês depois, ai eu volto, se antes disso eu tivesse feito o tratamento certo, eu já estava bem melhor, mas não a doutora olhou e disse: é uma alergia.” (P. 03)

“[...] já vou fazendo 3 tratamentos com esse, 2 tratamentos de 6 meses e um agora de 1 ano [...] ai quando foi agora, a Dr.ª disse: [...] já fez dois tratamentos de 6 meses, era para ser de ano, o tratamento tem que ser de ano, não de seis meses.” (P. 14)

No primeiro relato verificou-se a confusão com outra doença e no segundo relato o erro na classificação operacional da doença.

Em relação ao equívoco com outros agravos, o mesmo foi recebido por muitos dos participantes do estudo de Martins e Iriart (2014), que mesmo diante de sintomas claros da doença, só foram diagnosticados após apresentarem grave progressão da mesma. Os

principais diagnósticos equivocados relatados foram: problemas na coluna, problemas circulatórios, alergias e outras dermatoses. O que indica, de certa forma a falta de qualificação profissional e o desinteresse pelo diagnóstico da doença.

O mesmo aconteceu no estudo de Hamester (2016), dentre os diagnósticos equivocados, o mais comum foi achar que era micose nos pacientes que apresentaram como sintoma inicial manchas, rinite, quando o sintoma era sangramento nasal, leishmaniose, artrose e até cirrose. Percebe-se que as primeiras suspeitas sempre são de outros agravos, não tendo a hanseníase como primeira hipótese, o que também mostra certo desinteresse para com esse agravo.

O estudo corroborou com Peters et al. (2013), que também identificou o diagnóstico equivocado realizado por alguns médicos, que pensava que a pessoa estava com sarna, alergia ao suor ou micose, não realizando o diagnóstico imediato da hanseníase, tendo que o participante retornar novamente ao serviço de saúde para receber o diagnóstico correto, pois não melhorou da doença. Isso é o que geralmente ocorre, pois os indivíduos dificilmente são diagnosticados adequadamente na primeira consulta, por isso é importante realizar diagnóstico diferencial da doença, pois ela pode ser confundida com outras patologias, principalmente dermatológicas.

Em relação ao erro na classificação operacional da doença Monteiro et al. (2014), coloca que o mesmo pode ter ocorrido em seu estudo, em virtude das incapacidades físicas encontradas nos casos paucibacilares a ponto de limitar as atividades do dia a dia.

Portanto esses erros nos diagnósticos da hanseníase podem ser consequência da falta de capacitação profissional, que de certa forma, não conseguem identificar a doença e quando identificam, falta capacidade para classificá-la. Ou então, tais erros podem ser justificados pela falta de atenção dos profissionais da saúde para com as manifestações clínicas da doença, não examinando o paciente direito.

Visto que a classificação operacional deve ser feita pelos critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico), com a finalidade de definir o esquema terapêutico adequado (BRASIL, 2016a). Pois quando o paciente não é diagnosticado de forma correta, conseqüentemente não realiza o tratamento adequado, logo não obtém a cura da doença.

5.2.3 Dúvidas no diagnóstico

A partir do relato de dois participantes, percebeu-se como dificuldade para obtenção do diagnóstico da hanseníase na USF a dúvida no diagnóstico, expressa no discurso que segue:

“[...] a dificuldade foi porque o pessoal do posto ficava em dúvida, uns dizia, achava que era outros que não [...] ficou, ficou, aí eu mesmo que percebi que estava ficando dormente o pé, aí eu fui na dermatologista, aí foi que ela falou que era hanseníase, porque no posto mesmo não descobriu não.” (P. 13)

Segundo Pellizari et al. (2016), os participantes do seu estudo também se depararam com dúvidas no diagnóstico nas USF, pois quando foram à procura de suporte profissional, os sujeitos se depararam com dificuldades em conhecer o diagnóstico correto, pois os profissionais julgavam a sintomatologia de diferentes formas.

Da mesma forma, Santos et al. (2007) aponta que a busca pela assistência à saúde nem sempre significa a compreensão e resolução dos problemas de saúde da população, pois em seu estudo um dos entrevistados só obteve a conclusão diagnóstica da hanseníase quando encaminhado para o serviço de referência.

É necessário que os profissionais da saúde estejam preparados para a primeira abordagem do paciente com hanseníase, reconhecendo as manifestações clínicas e a importância da realização do exame dermatoneurológico, permitindo assim o diagnóstico oportuno (WHO, 2009; LANA et al., 2014).

Portanto, fica evidente que a atenção primária ainda sente algumas dificuldades para o diagnóstico da doença, pois quando o paciente procura o serviço ele não recebe a confirmação da mesma, tendo que procurar um dermatologista e quando recebe isso não ocorre de forma imediata.

5.3 ANÁLISES DO TEMPO DECORRIDO PARA OBTENÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NAS USF

Considerando a resposta da questão, Quanto tempo demorou para conseguir o diagnóstico da hanseníase nas USF e o porquê foi possível apreender dos discursos dos

participantes duas temáticas: tempo superior a seis meses e tempo inferior a seis meses (QUADRO 02).

Quadro 02 – CATEGORIA – 2: Tempo decorrido para o diagnóstico da hanseníase nas USF

SUBCATEGORIA	<i>f</i>
Tempo superior a seis meses	09
Tempo inferior a seis meses	04
TOTAL	13

Fonte: Dados do Estudo/2017.

5.3.1 Tempo superior a seis meses

Conforme o relato de nove participantes percebeu-se o tempo superior a seis meses para o diagnóstico da hanseníase nas USF, associado à falta de interesse, a negação da doença, a confusão com outros agravos mais simples e a não resolutividade do serviço de saúde, como expresso nos relatos que seguem:

“[...] 2 a 4 anos [...] eu nem ligava para procurar um médico, eu não vou procurar médico não, mas a minha suspeita é que aqui não seja hanseníase, que seja micose, para mim.” (P. 05)

“Anos [...] não ligava, porque eu pensei que fosse pano branco.” (P. 06)

“Demorou 2 anos. Porque o pessoal do posto ficava em dúvida.” (P. 13)

“[...] 8 meses [...] porque eu não cuidava.” (P. 10)

Segundo Oliveira; Fernandes; Lima (2014), em seu estudo “Atualização sobre critério de tempo para diagnóstico tardio da hanseníase”, uma revisão de literatura impressa e em biblioteca virtual, obtidas pelas bases de dados Bireme, Capes, Google e Scielo, efetuada entre 2009-2013, concluíram que o diagnóstico tardio da hanseníase é aquele que demora seis meses para ser efetivado, desde o aparecimento dos primeiros sinais/sintomas da doença. Portanto, para fins de análise e interpretação desse tópico considerou-se como atraso no diagnóstico da hanseníase o tempo superior a seis meses.

Martins e Iriart (2014), em sua pesquisa identificaram que o tempo decorrido desde o aparecimento dos primeiros sintomas até a confirmação diagnóstica, a partir dos relatos dos interlocutores, variou de três a 120 meses (10 anos). Associando o diagnóstico tardio à falta de capacitação profissional e ao estigma e preconceito que cerca a doença.

Para Santos et al. (2007), além desses motivos, o diagnóstico tardio está associado ao desconhecimento da doença, não permitindo que os doentes façam comparações entre os sinais e sintomas que apresentam com as alterações decorrentes da própria doença, confundindo com outras enfermidades.

Tomareli et al. (2013), em seu estudo aponta que 79,4% dos entrevistados afirmaram que precisaram comparecer de uma a duas vezes na Unidade Básica de Saúde (UBS) para conseguir o diagnóstico, enquanto que, para 20,6% ainda foram necessário de quatro a mais consultas para obter esse resultado. Isso, de certa maneira indica um atraso no diagnóstico, pois os pacientes ao buscarem atendimento nas USF não têm suas necessidades solucionadas na primeira consulta.

O diagnóstico é elemento fundamental no controle da doença, pois esse determina o esquema terapêutico, e as primeiras doses da Poliquimioterapia padrão da Organização Mundial da Saúde (PQT/OMS) tornam os bacilos inviáveis, incapazes de infectar outras pessoas (BRASIL, 2002). Além de prevenir as incapacidades físicas, pois muitas pessoas passam anos com os sinais e sintomas da hanseníase e não são diagnosticadas, recebendo o mesmo já com sequelas permanentes (BRASIL, 2008b).

Portanto, podemos perceber a ocorrência do diagnóstico tardio, que se deve por um lado a baixa resolutividade do serviço, pois falta capacitação profissional e também ao desconhecimento dos sinais e sintomas da doença por parte da população, levando o indivíduo a achar que é uma doença dermatológica mais simples que não requer atenção, logo não procura o serviço de saúde. Aumentando as chances de incapacidades físicas e deformidades, além de manter a manutenção da endemia.

No entanto, as USF devem realizar a busca ativa e não apenas esperar pela demanda espontânea.

5.3.2 Tempo inferior a seis meses

A partir do relato de quatro participantes, percebe-se o tempo inferior a seis meses para o diagnóstico da hanseníase nas USF, expressa nos discursos que seguem:

“3 meses, 3 meses. Eu no começo não queria fazer [...].” (P. 12)

“[...] 2 meses [...] quem descobriu foi a mulher, não foi eu não.” (P. 11)

Apesar dos participantes relatarem um tempo inferior a seis meses para obtenção do diagnóstico, percebemos uma contradição associada aos motivos para tal atraso, tais como a negação e não percepção da doença, pois em outros estudos estes estão ligados ao diagnóstico tardio da hanseníase, levando-se a suspeitar que esse tempo possa ter sido bem maior.

Pois Santos et al. (2007), identificou em seu estudo que alguns pacientes apresentaram diagnóstico tardio devido a não percepção de sinais e sintomas da doença, que só vieram a ser notados quando já apresentavam formas transmissíveis. Um dos entrevistados relata que foi a esposa que identificou a mancha em sua pele.

Segundo Eidt (2004), para os participantes da sua pesquisa a hanseníase continua sendo uma experiência existencial difícil e dolorosa. Logo, outras vezes o diagnóstico ocorre tardiamente porque o indivíduo não quer acreditar que é hanseníase, se recusando a buscar atendimento, pois associa a doença há algo muito ruim, que desperta preconceito e isolamento.

Para Cid et al. (2012), a doença ainda provoca estigma e exclusão social em virtude das histórias e preconceitos que lhe rodeiam desde a antiguidade. Ressaltando que esse preconceito pode ser minimizado através da educação em saúde, não só nas Unidades de Saúde, mas nas escolas, pois quando a comunidade é informada sobre a transmissão, tratamento e cura ocorre um maior entendimento sobre a doença e o estigma pode ser reduzido.

Portanto a educação em saúde é uma prática fundamental para o diagnóstico precoce e a redução do estigma acerca da doença.

5.4 ANÁLISES DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE PARTICIPARAM DO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

Considerando a resposta da questão, existiram outros serviços de saúde que participaram do diagnóstico foi possível apreender dos discursos dos participantes duas temáticas: apenas Saúde da Família e outros serviços de saúde (**QUADRO 03**).

Quadro 03 – CATEGORIA – 3: Serviços de saúde que participaram do diagnóstico da hanseníase

SUBCATEGORIA	<i>f</i>
Outros serviços de saúde	08
Apenas Saúde da Família	05
TOTAL	13

Fonte: Dados do Estudo/2017.

5.4.1 Outros serviços de saúde

A partir do relato de oito participantes, percebeu-se a participação de outros serviços de saúde no diagnóstico da hanseníase, os quais são expressos nos discursos que seguem:

“Só lá na policlínica, o dermatologista da Policlínica.” (P. 03)

“Só o dermatologista mesmo.” (P. 04)

“[...] dermatologista na Policlínica.” (P. 06)

“Foi a doutora é [...] a dermatologista [...].” (P. 08)

“Passei no médico particular.” (P. 11)

“Passei na Policlínica para fazer os exames e depois passei no médico particular também.” (P. 12)

“[...] na dermatologista que eu fui particular.” (P. 13)

Segundo Martins e Iriart (2014), os participantes do seu estudo só foram diagnosticados depois que eles realizaram consultas em um ambulatório ou hospital de referência com um médico especialista em hanseníase. Isso demonstra que a descentralização das ações de controle da hanseníase ainda não está totalmente efetivada, pois o diagnóstico da doença, de certa maneira continua sendo concluído nos serviços especializados.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2006), em seu artigo sobre o perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil, envolvendo 932 dermatologistas e 49 serviços que oferecem residência médica em Dermatologia, num total de 57 mil consultas dermatológicas, a hanseníase foi a 20ª causa de consulta em todo o país.

No entanto, as ações de prevenção e controle da hanseníase estão descentralizadas nas unidades da ESF (LANZA; LANA, 2011). Pois através da NOB/93 as execuções dessas ações passaram a ser delegadas aos municípios (ANDRADE; MOREIRA; SOARES, 2006).

Assim sendo cabe a Atenção Básica (AB) realizar o diagnóstico precoce da doença, baseado essencialmente na história epidemiológica e manifestações clínicas. E somente ser referenciados os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (BRASIL, 2016a). No entanto, essa descentralização ainda é um desafio para as USF, pois os profissionais de saúde continuam referenciando quase todos os casos suspeitos desse agravo e não somente aqueles que realmente necessitam.

Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (2008a) todos os profissionais das USF são responsáveis pelo controle da hanseníase. Cabendo ao médico realizar o diagnóstico precoce e ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão. A solicitação de exames e o tratamento também são funções do médico.

O enfermeiro possui papel fundamental na efetuação das principais ações preconizadas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) nas USF, pois além da função assistencial é coordenador, líder e educador da equipe (RODRIGUES et al., 2015).

Apesar da descentralização das ações de controle da hanseníase para a AB, a centralização do atendimento ainda persiste, como podemos identificar nos relatos dos participantes. Dessa maneira identificamos a baixa resolutividade das USF para diagnosticar a hanseníase, pois muitas das vezes casos que poderiam ser concluídos na AB não são solucionados.

5.4.2 Apenas Saúde da Família

Conforme o relato de cinco participantes percebeu-se a participação apenas da Saúde da Família no diagnóstico da hanseníase, a qual foi expressa nos discursos que seguem:

“Foi só no postinho mesmo.” (P. 02)

“Foi só no posto ali.” (P. 10)

“Não, eu sempre ia no posto de saúde, só a médica do posto.” (P. 14)

De acordo com Andrade et al. (2004), a descentralização das ações de controle da hanseníase no município de Sobral – CE para os Centros de Saúde da Família aumentou as taxas de detecção de casos novos, pois até 1999 todo o atendimento era centralizado em uma única referência.

Então, quando o diagnóstico da doença é elucidado nas USF, visto que ele é uma ação de controle da doença, mais casos são diagnosticados e conseqüentemente se reduz a transmissão deste agravo, já que o seu tratamento é determinado a partir da efetivação diagnóstica.

A melhor forma de alcançar o controle da hanseníase é a integração das suas ações as USF, pois a comunidade tem acesso mais fácil ao diagnóstico precoce e tratamento adequado, já que esse nível de atenção atua em maior proximidade com a comunidade, pois a equipe de saúde é responsável pela busca ativa de casos novos, vigilância de contatos e educação em saúde, atividade que não são possíveis nos centros de referência. Logo cada nível de atenção em saúde possui suas atribuições (LANZA; LANA, 2011; RODRIGUES, 2015).

Sendo assim, o diagnóstico da doença deve ser preferencialmente realizado na AB, pois esse nível de atenção tem como um dos principais objetivos a promoção da saúde e prevenção de agravos, logo o controle da doença torna-se mais possível e efetivo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, foram identificados os desafios enfrentados para o diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família (USF), como as dificuldades para sua obtenção, o tempo decorrido e os serviços de saúde que participaram da sua efetivação.

Quanto à caracterização dos participantes do estudo a maioria foi do sexo masculino, solteiros e casados, com baixo nível de escolaridade, situados na faixa etária de 22 a 85 anos. Sendo agricultores e aposentados, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. E ainda, multibacilares, com classificação clínica dimorfa e algum grau de incapacidade. Logo, os homens são mais acometidos pela hanseníase, atingindo os indivíduos em idade economicamente ativa, com baixo nível de escolaridade e renda familiar. O diagnóstico é realizado quando o sujeito já possui a forma transmissível da doença e incapacidades.

Em relação às dificuldades enfrentadas para o diagnóstico da hanseníase nas USF, verificou-se que a maioria dos participantes considerou o encaminhamento para a referência. Assim como o erro e a dúvida no diagnóstico. Em se tratando do tempo decorrido para o diagnóstico, identificou-se que houve predominância de tempo superior a seis meses, indicando diagnóstico tardio. Em relação aos serviços que participaram do diagnóstico, contou-se ainda a prevalência de um atendimento centralizado.

Referindo-se a principal dificuldade relatada pelos participantes para obtenção do diagnóstico de hanseníase nas USF – o encaminhamento para a referência, acreditamos que os profissionais da Atenção Básica (AB) devem dar mais atenção às manifestações clínicas da doença, examinando toda a superfície corporal do paciente, para não se valer sempre de baciloscopia e nem passar o caso adiante sem solução.

No que diz respeito ao tempo decorrido para o diagnóstico, a educação em saúde é fundamental tanto para os profissionais da AB quanto para a comunidade, pois o mesmo ocorreu tardiamente na maioria dos casos estudados, devido à falta de capacitação profissional e o desconhecimento da população acerca da doença.

No tocante aos serviços que participaram do diagnóstico, os profissionais das USF precisam se qualificar mais para que esse serviço seja mais resolutivo e assim as ações de controle da hanseníase, inclusive o diagnóstico, tenha uma maior descentralização.

Apesar das limitações para realização desse estudo, como a dificuldade para localizar alguns dos participantes, espero que o mesmo possa ser viabilizado por meio da divulgação de

seus resultados, a melhoria do atendimento oferecido a pessoa atingida pela hanseníase nas USF, do município de Cajazeiras – PB, em relação ao diagnóstico, bem como um diagnóstico precoce e uma assistência mais descentralizada, diminuído dessa forma a transmissão da doença e as chances de incapacidades.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. P. A. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v.10, n.26, p. 1290-1301, 2016.
- ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2014.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia saúde da família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**, v. 5, n.1, p. 9-20, 2004.
- ANDRADE, V.; MOREIRA T.; SOARES, R. C. F. R. Impacto da descentralização do Programa de Eliminação da Hanseníase no Brasil. In: ZAIDA, Y. (ed.). **Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina**. Buenos Aires: Organización Panamericana de Saúde, 2006.
- ARANTES, C. K. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr-jun 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASSANEZE, B.; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Características do processo de hanseníase no atendimento primário e secundário. **Diagn Tratamento**, v. 19, n. 2, p. 61-67, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília, 2016a.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose – 2. ed. rev. – Brasília, 2008a**.
- _____. Ministério da Saúde. [online]. Vigilância Epidemiológica. Hanseníase. Brasília. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenia/11294-descricao-da-doenca>>. Acesso em: 18 jul. 2016b.
- _____. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados nas últimas décadas e desafios para eliminação**, v. 44, n. 11, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Diário Oficial da União. **Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase**. Brasília, 15 de outubro de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1 ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3 ed. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-684, out-dez 2006.

CID, R. D. S. et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Rev. Rene**, v. 13, n. 5, p. 104-114, 2012.

EIDT, L. M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen int**, v. 29, n.1, p. 21-27, 2004.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; ALZATE, A. Diagnóstico precoce da hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 4, n. 1, p. 6-13, 1998.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAMESTER, C. **A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no distrito federal**. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. [online].

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm >

Acesso em 24/10/2016.

LANA, F. C. F. et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n.3, p.556-565, jul/set 2014.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011.

LOPES, F. N. **Perspectivas de sujeitos envolvidos em movimentos sociais sobre a hanseníase e seu controle em uma área endêmica**. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2014.

- LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 817-829, 2014.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 273-289, 2014.
- MONTEIRO, L. D. et al. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, p. 91-104, jan-mar 2014.
- NEIVA, R. J. **Hanseníase: desafios ao diagnóstico nas unidades básicas de saúde**. 2010. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- OLIVEIRA, A. R. **Fatores associados ao diagnóstico tardio da hanseníase em 74 municípios endêmicos do Estado do Tocantins**. 2011. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- OLIVEIRA, A. R.; FERNANDES, C. A.; LIMA, C. R. C. Atualização sobre critério de tempo para diagnóstico tardio da hanseníase. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 8, n. 2, p. 77-91, jul./dez. 2014.
- OLIVEIRA, V. M.; ASSIS, C. R.; SILVA, K. C. C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Scire Salutis**, v. 3, n. 1, p. 16-27, 2013.
- PELIZZARI, V. D. Z. V. et al. Percepções de pessoas com hanseníase acerca da doença e tratamento. **Rev. Rene.**, v. 17, n. 4, p. 466-74, 2016.
- PETERS, Ruth M. H. ET AL. The Meaning of Leprosy and Everyday Experiences: An Exploration in Cirebon, Indonesia. **Journal of Tropical Medicine**, v. 2013, Article ID 507034, 10 pages, 2013.
- RAPOSO, M. T. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe**. 2011. 138f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- RODRIGUES, F. F. et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras Enferm**, v. 68, n. 2, p. 297-304, mar-abr 2015.
- SANTOS, D. C. M. et al. A hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansenologia Internacionalis**, v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

SANTO, L. R. E. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de brasileiro no período de 2005 a 2009. **Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 212-219, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de vigilância epidemiológica Cajazeiras.

SILVA, M. N.; TOLEDO, B. J; GETALLI, L. G. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-Go, **Revista Eletrônica de Ciências Humanas, Saúde e Tecnologias**, v. 7, n. 1, p. 18-28, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. [on line] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2016. Disponível em: <<http://http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenise/11298-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em 15 de agosto de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. **An Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 6, p. 549-58, 2006.

SOUZA, M. M. **Hanseníase: processo educativo para familiares à luz da metodologia problematizadora**. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: 2002.

SOUZA, V. B. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de Saúde da Família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 110-116, jan./mar., 2013.

TEMOTEO, R. C. A. **Hanseníase: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares**. 2011. 95f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: plan period: 2011 – 2015**. Geneva; 2010.

_____. **Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015)** [Internet]. 2009. Acesso em: 01/04/2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/205004>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

I – Dados sócio-demográficos:

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda Familiar Mensal: _____

II – Dados Clínicos:

Classificação operacional: _____

Forma clínica: _____

Grau de incapacidade _____

III – Questões Norteadoras:

1. Quais foram as dificuldades enfrentadas pelo (a) senhor (a) para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família?
2. Quanto tempo demorou para o (a) senhor (a) conseguir o diagnóstico? Por quê?
3. Existiram outros serviços de saúde que participaram do diagnóstico? Quais?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) participante,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “**Desafios no diagnóstico na perspectiva da pessoa atingida pela hanseníase, em um município hiperendêmico**” que tem como objetivo Investigar os desafios enfrentados pelas pessoas atingidas pela hanseníase para a obtenção do diagnóstico, no município de Cajazeiras, Paraíba. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o seu percurso diagnóstico, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que a pesquisa oferecerá riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos. No entanto, poderá ocorrer choro, desconforto ou insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar o diagnóstico da hanseníase, uma doença que ainda desperta muitos estigmas sociais. Nesse caso, o investigador estará preparado para interceder sugerindo a suspensão da pesquisa, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente. Em contrapartida, benefícios podem advir diante da participação, por exemplo: maior entendimento sobre as dificuldades enfrentadas para o diagnóstico da hanseníase, possibilitando que as USF organizem e direcionem melhor as suas ações, aumentando a qualidade da assistência prestada e diminuindo as chances de incapacidades e deformidades.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, a proponente será responsável pela indenização ao participante. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmica **Idalina Sena Pessoa: (83) 996304936**; e a Orientadora da pesquisa **Profª. Ms. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo: (83) 998059966**.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro/Universidade Federal de Campina Grande (HUAC/UFCG) encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 2101-5545 – Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA PERSPECTIVA DA PESSOA ATINGIDA PELA HANSENÍASE, EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**” a ser desenvolvido pela pesquisadora *Idalina Sena Pessoa*, sob a orientação da Professora *Rayrla Cristina Abreu Temóteo*, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras, 07 de Novembro de 2016

Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 071/2016



Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA PERSPECTIVA DA PESSOA ATINGIDA PELA HANSENÍASE, EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO

Pesquisador: Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63205816.1.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.919.634

Apresentação do Projeto:

A presente proposta aponta um déficit de pesquisa sobre a análise da hanseníase, doença infectocontagiosa, de alto poder incapacitante, tem nos doentes sem diagnósticos meios para a manutenção da cadeia de transmissão, bem como o aumento das chances de incapacidades físicas e deformidades. O seu diagnóstico ainda é um desafio para os serviços de saúde, pois a população encontra dificuldades para a sua obtenção.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar os desafios enfrentados pelas pessoas atingidas pela hanseníase para a obtenção do diagnóstico, no município de Cajazeiras, Paraíba.

Objetivo Secundário:

Identificar possíveis dificuldades relatadas pelos doentes para a obtenção do diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da

Família; Identificar o tempo decorrido para obtenção do diagnóstico da hanseníase nas Unidades de Saúde da Família; Identificar outros serviços de

saúde que possam ter participado do diagnóstico da pessoa atingida pela hanseníase.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.919.634

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, pois a pesquisa é qualitativa. Contudo os Benefícios:

Em contrapartida, benefícios podem advir diante da participação, por exemplo: maior entendimento sobre as dificuldades enfrentadas para o

diagnóstico da hanseníase, possibilitando que as USF organizem e direcionem melhor as suas ações, aumentando a qualidade da assistência

prestada e diminuindo as chances de incapacidades e deformidades

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se de total relevância para a construção de uma análise e formação de dados sobre o investigar os desafios enfrentados pelas pessoas atingidas pela hanseníase para a obtenção do diagnóstico, no município de Cajazeiras, Paraíba.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta-se de acordo com as normas estabelecidas.

Recomendações:

Que seja aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 13 de fevereiro de 2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_826806.pdf	20/12/2016 18:49:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	20/12/2016 10:42:26	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/12/2016 10:41:54	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Outros	termo_compromisso_banco_de_dados_.docx	17/11/2016 01:26:25	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.919.634

Outros	declaracao_divulgacao_resultados_.docx	17/11/2016 01:23:39	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Outros	instrumento_coleta_de_dados.docx	17/11/2016 01:19:50	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	17/11/2016 01:19:07	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade_pesquisador_responsavel_.docx	17/11/2016 01:17:07	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade_pesquisador_participante.docx	17/11/2016 01:14:29	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_.docx	17/11/2016 01:13:39	Rayrla Cristina de Abreu Temoteo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 14 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br