



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF**  
**CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**NATÁLIA AZEVEDO DA SILVA**

**PERCEPÇÃO DA ACESSIBILIDADE ASSISTENCIAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DA HANSENÍASE**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2016**

NATÁLIA AZEVEDO DA SILVA

PERCEPÇÃO DA ACESSIBILIDADE ASSISTENCIAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DA HANSENÍASE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Campina Grande, como pré-requisito parcial  
para a obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Mestranda Gerlane  
Cristinne Bertino Vêras

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

S586a Silva, Natália Azevedo da .  
Percepção da acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase / Natália Azevedo da Silva. - Cajazeiras, 2016.  
52p.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Hanseníase. 2. Acessibilidade assistencial. 3. Deficiência física. 4. Serviços de saúde. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616-002.73

NATÁLIA AZEVEDO DA SILVA

PERCEPÇÃO DA ACESSIBILIDADE ASSISTENCIAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DA HANSENÍASE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Campina Grande, como pré-requisito parcial  
para a obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovada em: 07 /10 / 2016.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)  
(Orientadora)



---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Cícera Renata Diniz Vieira  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)



---

Prof. Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares  
Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF/CFP/UFCG)

Dedico aos meus pais, por viverem esse sonho junto comigo, me proporcionando oportunidades para realizá-lo, pelo apoio incondicional e por acreditarem sempre no meu melhor.

## AGRADECIMENTOS

Sou infinitamente grata ao Pai Celestial, por em meio as provas e obstáculos do caminho nunca me abandonar, não me deixando fraquejar, me dando sabedoria e ânimo nos momentos difíceis. Agradeço também pela família maravilhosa com que o Senhor me presenteou.

Aos meus amados pais **Francisco e Conceição**, que viveram esse sonho junto comigo. Por todo apoio, incentivo e força ao longo desses anos, fazendo da minha educação uma prioridade. Essa conquista é nossa. Em especial, agradeço a minha mãe, Conceição. Obrigada mãe, por ser meu porto seguro, maior incentivadora, melhor amiga e meu exemplo a seguir. Aos meus irmãos, Suelda e Natanael, pelo companheirismo. Nada é por mim, tudo é por nós. Os amo incondicionalmente e jamais teria palavras suficientes para os agradecer.

A minha querida amiga de infância e irmã de coração, **Raynuza**. Obrigada por se fazer presente, mesmo que longe. Pelos conselhos, encorajamento, pelas orações e por torcer pela minha vitória.

As minhas companheiras e amigas de curso: **Jaine, Paula, Rayane e Thaline**. Meus sinceros agradecimentos por cada momento compartilhado durante essa jornada. Pelas horas de descontração, pela companhia nas noites em claro estudando. Obrigada por se tornarem a minha família quando estive longe de casa. Espero que as responsabilidades futuras e a distância nunca nos afaste. Construimos uma história juntas, e esta nunca se apagará da minha mente. Levo vocês dentro do meu coração, para sempre. É uma honra para mim poder vivenciar com vocês a realização do nosso sonho em comum. Agradeço também ao meu colega Mike pelas inestimadas contribuições.

Ao estimado amigo, **Aleicho**. Você foi um presente de Deus na minha vida. Obrigada pela ajuda inestimável durante todo o processo desta pesquisa. Pela paciência, compreensão e apoio integral. Sem você, o caminho percorrido até aqui teria sido mais árduo. Amo você.

Agradeço a enfermeira **Kennya Formiga**. Você é exemplo de profissional humana, dedicada, humilde e que exerce a enfermagem com amor, apesar de todas as dificuldades enfrentadas. Levarei todos os ensinamentos repassados na memória. Obrigada pela gentileza em dividir comigo toda a sua experiência. Pelo encorajamento e pela confiança depositada em mim. Minha admiração, carinho e respeito por você são eternos.

A minha orientadora, **Gerlane**, pela paciência, incentivo, apoio, por buscar extrair sempre o meu melhor, e por todo conhecimento compartilhado comigo. Você é espelho como profissional dedicada, humana e pela excelência com que exerce à docência. Para mim você foi uma mãe durante essa jornada. Você é uma pessoa iluminada. Me sinto honrada por você ser parte fundamental dessa conquista. Obrigada por ter contribuído não apenas com a minha formação acadêmica, mas também profissional e pessoal. Espero que Deus continue abençoando sua vida e a da sua família.

MUITO OBRIGADA!

*“Lembre-se da minha ordem: Seja forte e corajoso! Não fique desanimado nem tenha medo, pois Eu, o Senhor seu Deus, estarei com você em qualquer lugar por onde você andar”.*

(Josué 1:9)



SILVA, Natália Azevedo. **Percepção da acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase.** 2016. 52 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2016.

## RESUMO

A condição das pessoas com deficiência/incapacidade física em decorrência da hanseníase é uma questão de grande relevância para a saúde pública, contudo, observa-se que a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde a essa população é fragilizada. O objetivo desse estudo foi analisar a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa, realizada no Posto de Assistência Primária à Saúde, localizado no município de Cajazeiras-PB. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2016, através de uma entrevista gravada, que foi guiada por um questionário semiestruturado e por meio da ficha de notificação da hanseníase coletada no Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN). Os dados obtidos foram expostos de forma descritiva e categorizados pelo método de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados foram discutidos de acordo com a literatura pertinente. Este estudo foi um recorte da pesquisa intitulada “Acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase” que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, sendo aprovada sob parecer nº1.421.681. Participaram da pesquisa 7 pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase. A maioria dos entrevistados (85,7%) eram do sexo feminino e no momento do diagnóstico apresentavam grau de escolaridade baixo (85,7%); com predominância (71,4%) da raça/cor parda (autodeclarada); com profissão ignorada (42,8%); diagnóstico de hanseníase na forma Multibacilar (85,7%), sendo que o que havia recebido o diagnóstico como Paucibacilar, foi posteriormente identificado como Multibacilar; que apresentavam a deficiência nos membros inferiores (71,4%). Dentre os entrevistados, 5 (71,4%) residem na mesma microárea, além de que 2 (28,5%) deles relataram a ocorrência da doença no núcleo familiar antes de serem diagnosticados. Os resultados revelaram que na percepção dos sujeitos, a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde foi considerada satisfatória, porém todos os participantes do estudo já apresentavam deficiência física instalada no momento do diagnóstico, evidenciando o diagnóstico tardio, além do conhecimento insuficiente frente a problemática enfrentada, demonstrando a fragilidade do serviço de saúde quanto a acessibilidade assistencial fornecida. O estudo apontou a necessidade de capacitação para os profissionais de saúde para a implementação de estratégias que facilitem a descoberta precoce da doença, as medidas de vigilância, o controle e a prevenção das incapacidades físicas de forma mais efetiva. Sugere-se que haja uma participação significativa dos gestores em saúde que forneça condições favoráveis para que a equipe multiprofissional possa realizar seu trabalho e a realização de novos estudos referentes a temática, com vista a melhoria da assistência a população.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Acessibilidade aos serviços de saúde. Pessoas com deficiência.

SILVA, Natália Azevedo. **Perception of people with disabilities resulting from leprosy as the healthcare accessibility to health services.** 2016. 52 f. Monography (Bechenlor in Nursing) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2016.

### ABSTRACT

The living conditions of people with disabilities due to leprosy (Hansen's disease) is a great public health problem, however, the access to the health care services, for this population, needs a strengthening. The purpose of this study was to analyze the accessibility to the health assistance for people with physical disabilities caused by leprosy. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out in a Basic Health Unit, in Cajazeiras-PB city. The data were collected in August 2016, by recorded interviews, which were guided by a semi-structured questionnaire, and, through the leprosy compulsory notification records, obtained from the *Sistema de Informações de Agravos de Notificação* – SINAM (Notifiable Diseases Information System). Then, the data were exposed descriptively, and, arranged and categorized by the Bardin content analysis method. The results were discussed according to the pertinent literature. This study was a part of the research entitled "Accessibility to the health care services for people with physical disabilities caused by leprosy", which had a favorable opinion from the Committee for Ethics in Research of the Federal University of Campina Grande - Campus Cajazeiras, under the certificate number 1.421.681. The sample was formed by 7 people with physical disabilities due to leprosy. Most respondents (85.7%) were women, and at the time of the diagnosis, they had a low level of education (85.7%); the predominance (71.4%) was of mixed race/color women (self-declared); with no mentioned occupation (42.8%); diagnosis of multibacillary leprosy (85.7%), and, those that had been diagnosed as paucibacillary, later, were identified as multibacillary; and presenting disability on the lower limbs (71.4%). Among the research participants, 5 (71.4%) live in the same micro area, and 2 (28.5%) of them, reported the occurrence of the disease within the family, before they had been diagnosed. The results revealed that on the perception of the respondents, the accessibility to the health care services was satisfactory. However, all of them, had physical disabilities already installed at the moment of the diagnosis. Thus, evidencing the late diagnosis and the lack of knowledge about the disease, and, exposing the fragility of the health service on provide the necessary accessibility. The study pointed to the need of training for the health professionals and the implementation of more effective strategies to facilitate the early detection of the disease, the surveillance, control and prevention of physical disabilities. We recommended an expressive participation of the health managers to provide favorable conditions to the multidisciplinary team, in order to make possible their efficient work. Moreover, we encourage the development of new studies on this topic, aiming to improve the assistance for the population.

**Keywords:** Leprosy. Accessibility to the health care services. People with disabilities.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CFP</b>	Centro de Formação de Professores
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ETSC</b>	Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MB</b>	Multibacilar
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PAPS</b>	Posto de Assistência Primária a Saúde
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PB</b>	Paucibacilar
<b>PQT</b>	Poliquimioterapia
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
<b>UAENF</b>	Unidade Acadêmica de Enfermagem
<b>UACV</b>	Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFCG</b>	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 GERAL .....	14
2.2 ESPECÍFICOS .....	14
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
3.1 HANSENÍASE .....	15
3.2 DEFICIÊNCIA/INCAPACIDADE FÍSICA.....	17
3.3 ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE .....	19
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	23
4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA A COLETA DOS DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	24
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
CATEGORIA 1 – DESCOBERTA DA DOENÇA.....	26
CATEGORIA 2 – INSTALAÇÃO DA DEFICIÊNCIA.....	28
CATEGORIA 3 – ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	31
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>39</b>
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO .....	40
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	41
APÊNDICE C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	43
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE .....	44
<b>ANEXOS</b> .....	<b>45</b>
ANEXO A – FICHA DO SINAN.....	46

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA .....	47
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....	48

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo território nacional. É causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*. Atinge geralmente a pele e nervos periféricos, podendo ocasionar graves lesões e evoluir para deficiência física (BRASIL, 2016). É considerada um problema de saúde pública no Brasil, particularmente pelo seu alto poder incapacitante (BRITO et al., 2014).

No Brasil, cerca de 89,3% das pessoas com hanseníase apresentam algum grau de incapacidade já durante o diagnóstico (BRASIL, 2010a) e cerca de 20% das pessoas acometidas correm risco de sofrer com as incapacidades ou problemas psicossociais, necessitando de algum tipo de suporte e/ou reabilitação (MONTEIRO et al., 2013). Para quebrar a cadeia de transmissão e prevenir essas incapacidades, o diagnóstico deve ocorrer de forma precoce e o tratamento ser apropriado (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Verifica-se que a condição das pessoas com deficiência/incapacidade física é uma questão de grande relevância para a saúde pública, contudo, nota-se que a assistência a essa população é fragilizada no sistema de saúde, apresentando uma acessibilidade assistencial débil, desarticulada e descontínua de ações, tanto na esfera pública quanto na privada (GIRONDI; SANTOS, 2011).

A acessibilidade é uma vertente intimamente relacionada à saúde, sendo observada através de sua forma estrutural e funcional quanto à questão das unidades básicas de saúde (UBS), até quanto à atuação dos profissionais na assistência em suas rotinas, bem como também sendo analisada quanto à idealização de políticas públicas que contemplem os fatores ligados a acessibilidade, principalmente no que diz respeito às pessoas com deficiência física (NEVES et al., 2014). Portanto, as políticas estabelecidas para as pessoas com deficiência devem proporcionar acessibilidade, promoção da saúde e reabilitação dos indivíduos, bem como as habilidade funcional de cada uma (MAIA; NOBRE; PAGLUICA, 2014).

Tendo em vista o exposto, constata-se que as pessoas com deficiência/incapacidade física diariamente enfrentam limitações em sua vida diária. Tais limitações estão diretamente correlacionadas a problemas de acessibilidade, ou seja, às condições que permitam que essa população exercite sua autonomia e continuem usufruindo de participação social ativa. Desse modo, a acessibilidade prejudicada pode interferir no

desenvolvimento ocupacional, cognitivo e psicológico dessas pessoas, colaborando para que possa haver exclusão social dos mesmos (WAGNER et al., 2010).

Nesse contexto, surgiu um questionamento: **“Qual a percepção das pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase sobre a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde?”**. Com isso, o estudo teve como intuito analisar a acessibilidade dos serviços prestados a essas pessoas e identificar possíveis fragilidades que possam afetar o acompanhamento das pessoas com hanseníase, em especial as que apresentam alguma deficiência/incapacidade física decorrente a esta, constatando assim a relevância social e acadêmica deste.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 GERAL

- Analisar a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Relatar como ocorreu a descoberta da hanseníase e a instalação da deficiência física;
- Identificar as principais qualidades e fragilidades na assistência à saúde referidas pela amostra.



### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença de caráter infeccioso e crônico, atingindo pele e sistema nervoso periférico, apresenta período de incubação prolongado, aproximadamente de 2 a 5 anos. A doença possui diversas apresentações clínicas, sendo a presença de lesões de pele, perda de sensibilidade e espessamento neural geralmente a base do diagnóstico, e as diversas formas clínicas de apresentação da doença são definidas por diferentes níveis de resposta imune celular ao *Mycobacterium leprae* (AVELINO; SARMENTO et al., 2015).

É uma doença de notificação compulsória, sendo considerada um grave problema de saúde pública por sua grande abrangência no país e no mundo. Em 2012, o Brasil ocupou o segundo lugar no ranking mundial, notificando 33 mil novos casos, e de acordo com dados atuais, a prevalência da doença no país é de 1,51 casos/10 mil habitantes. Apesar da diminuição dos indicadores observados durante os últimos anos, a doença ainda persiste nas regiões hiperendêmicas, sendo associada à pobreza e a baixos índices de desenvolvimento humano (OLIVEIRA et al., 2015).

De acordo com os mesmos autores, apesar dos esforços e luta contra a doença estabelecida pelo MS, bem como por instituições internacionais de saúde com intuito de alcançar a eliminação da mesma, a hanseníase permanece muito presente e oferecendo impacto socioeconômico e grande repercussão psicológica advinda das deficiências/incapacidades físicas que podem ocorrer durante o adoecimento e mesmo após a cura, bem como as reações hansênicas (OLIVEIRA, et al., 2015).

Quanto à classificação, de acordo com o MS (2010b), a hanseníase pode ser classificada como forma operacional em Paucibacilar (PB – apresentando até 5 lesões cutâneas e menor número de bacilos) e Multibacilar (MB – apresentam mais de 5 lesões cutâneas e grande carga bacilífera); e em forma clínica, como Indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana.

Na forma indeterminada há diminuição da sensibilidade, bem como a presença de manchas hipocrômicas na pele, sem que haja espessamento neural. Na tuberculóide, as lesões são assimétricas e geralmente isoladas, bem delimitadas, com notável alteração da sensibilidade, comumente apresentando bordas elevadas e eritematosas. A forma virchowiana é considerada uma das mais graves da doença. As lesões cutâneas são múltiplas e simétricas,

de bordas mal definidas, eritematosas, hipocrômicas ou mesmo acastanhadas. Com a progressão da doença, formam-se nódulos maiores, o que pode provocar a chamada face leonina, ocorrendo infiltração e queda dos supercílios (madarose). Pode ocorrer comprometimento das mucosas e inclusive perfuração do septo nasal. O grupo dimorfo apresenta diversas formas de manifestações. Geralmente as lesões cutâneas nesse grupo apresentam características que podem remeter as formas tuberculóide e virchowiana. São lesões mais numerosas do que na forma tuberculóide e de tamanho menor, sendo o espessamento dos nervos também mais numeroso, porém irregular e não tão forte quanto na virchowiana (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Além dessas alterações, que ocorrem com maior frequência na face, orelhas, membros e nádegas (BRASIL, 2010c), há lesões nos nervos periféricos, que ocorrem por meio de processos inflamatórios, as chamadas neurites, que ocorrem em resposta do sistema imunológico da pessoa com hanseníase, podendo apresentar-se durante os primeiros meses do tratamento, porém também estão sujeitas a ocorrer antes ou mesmo após a cura do paciente e são consideradas as principais causas de lesões dos nervos (SOUZA, 2010).

As neurites apresentam-se com dor e espessamento dos nervos periféricos; perda ou diminuição da sensibilidade nas áreas onde estão localizados esses nervos e interfere na perda de força dos músculos, especialmente das pálpebras e dos membros. Pode se tornar crônica, causando paralisia nas áreas atingidas. Quando o acometimento neural não é tratado de forma adequada e precoce, pode ocasionar incapacidades e deformidades. As lesões neurais podem se apresentar nas diversas formas da doença, sendo frequentes nos estados reacionais (BRASIL, 2010d).

As reações hansênicas são classificadas em dois tipos, a Tipo 1 ou reação reversa (RR), que está relacionada à imunidade celular, e Tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH), que está ligada à imunidade humoral. Durante o quadro de reação hansênica a sintomatologia é bastante semelhante ao quadro clínico de início da doença, causando o agravamento ou o surgimento das lesões o que causa insegurança e confusão do paciente em relação a eficácia do tratamento, sendo por diversas vezes motivo de abandono ou negligência ao tratamento. O tratamento é geralmente baseado na utilização de duas drogas: prednisona para reação tipo 1; Talidomida para reação tipo 2, sendo o tratamento, em sua maioria, ambulatorial (CUNHA et al., 2013).

Quanto ao tratamento específico para a hanseníase, a poliquimioterapia (PQT) é a indicada pelo Ministério da Saúde e padronizada pela Organização Mundial de Saúde,

devendo ser realizada nas UBS. O tratamento mata o bacilo, evitando a progressão da doença e a sua transmissão, o que previne as incapacidades se realizado de forma correta, também levando à cura. A PQT é formada pelo conjunto dos medicamentos: rifampicina e dapsona para pacientes PB e rifampicina, dapsona e clofazimina para os MB. Os pacientes PB necessitam de tratamento de 6 doses em até 9 meses, enquanto os pacientes MB necessitam do tratamento com 12 doses em até 18 meses (BRASIL, 2010b).

### 3.2 DEFICIÊNCIA/INCAPACIDADE FÍSICA

A deficiência se transformou em uma parte da condição humana, posto que esse é um termo muito abrangente, que pode abordar variados tipo de deficiência, levando em conta que provavelmente a maioria das pessoas terão alguma forma de deficiência, seja temporária ou permanente em dado momento da vida (TROMBETTA et al., 2015).

Como consequência da deficiência física temos a incapacidade, cujo conceito tem passado por uma evolução durante os últimos anos. Atualmente, a incapacidade está ligada ao declínio funcional, pois a função é a capacidade da pessoa ser independente, cuidando de si e de seus afazeres, dependendo apenas de si própria. A definição de incapacidade engloba diversos fatores, como a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem pela incapacidade. Sendo assim, a incapacidade pode ser definida como a inabilidade para realizar funções que são esperadas pela sociedade, sendo esse conceito construído, em suma, socialmente (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A pessoa com deficiência é identificada como um indivíduo que tem impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, isoladas ou associadas, o que interfere na interação efetiva desse indivíduo na sociedade, devido a desigualdade das condições quanto as demais pessoas (Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência, 2013).

Dentre as principais causas de deficiência física, encontram-se as que são decorrentes de doenças transmissíveis, as doenças crônicas e eventos crônicos (SANTOS et al., 2012). No Brasil, de acordo com o Censo 2010, cerca de 23,9% da população apresentava algum tipo de deficiência (IBGE, 2013).

Em hanseníase, as deficiências primárias, como a neuropatia, estão relacionadas ao processo inflamatório do organismo com o objetivo de destruir o bacilo ou as células parasitadas por ele. Já as deficiências secundárias, estão relacionadas a falta de

cuidados preventivos após o processo primário, como a garra rígida e a reabsorção óssea. Contudo, todas essas manifestações podem ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoce, enquanto o agente causador estiver restrito apenas superficialmente nas terminações nervosas (BRASIL, 2008b).

O surgimento destas incapacidades físicas pode ocorrer antes, durante e/ou após o tratamento, sendo considerado um relevante indicador de diagnóstico tardio e de prevalência oculta da hanseníase. É esperado que os serviços de saúde tenham suas práticas reformuladas para prestar melhor assistência a essa população, tendo em vista o grande potencial da doença em ocasionar incapacidades e deformidades, mesmo após o término e a alta do tratamento (BRANDÃO, 2013).

A incapacidade física acomete aproximadamente 23% dos pacientes mesmo após a alta, sendo de fundamental importância o monitoramento desses pacientes e a avaliação constante do estado dos mesmos, corroborando para a identificação precoce de complicações e incapacidades (ARAÚJO et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010d), deve-se avaliar o grau de incapacidade física no diagnóstico da hanseníase, na cura, a cada 6 meses ou sempre que necessário, sendo graduado de 0 a 2. É verificado o grau de incapacidade para cada olho, cada mão e cada pé. O Grau 0, significa que não foi identificado nenhum tipo de incapacidade. No Grau 1, observa-se perda de sensibilidade e força das mãos, pés e olhos, o que implica que um dos principais troncos nervosos periféricos já foi lesado pela hanseníase. Já no Grau 2, a presença de uma lesão ou incapacidade é visível. Quanto aos olhos, é identificado pela incapacidade de fechá-los completamente ou uma hiperemia muito evidenciada (que na doença comumente é causado por uma úlcera de córnea ou por uveíte); diminuição da acuidade visual e cegueira, triquíase, lagofalmo e/ou ectrópio, opacidade corneana central. Relacionado às mãos e pés os danos mais visíveis englobam feridas, úlceras e mesmo deformidades advindas de fraqueza muscular, como mão em garra ou pé caído, lesões tróficas ou traumáticas, perda de tecido, incluindo a perda parcial ou a reabsorção dos dedos ou dos artelhos, contratura de tornozelo (BRASIL, 2010c).

A principal estratégia de controle da hanseníase e prevenção das incapacidades é diretamente ligada a detecção precoce, bem como o tratamento com a PQT. As campanhas de busca ativa de casos em maior escala tem se tornado mais efetivas, pois tem grande abrangência e pouco custo. É fundamental identificar e buscar impedir os obstáculos que impeçam a descoberta de novos casos, sendo que a precisão do diagnóstico deve ser

monitorado pois é essencial. As Diretrizes Operacionais para a prevenção da doença buscam enfatizar a avaliação da incapacidade no momento do diagnóstico, para que dessa forma as pessoas que apresentem maior risco sejam identificadas e para que a abordagem a esses indivíduos seja realizada de forma efetiva (BRASIL, 2012).

A implementação de atividades de prevenção, bem como o tratamento de incapacidades é baseado nas informações colhidas através da avaliação neurológica, durante o diagnóstico da doença. Tais informações referem-se as incapacidades físicas diagnosticadas e ao comprometimento, que merecem total atenção, pois influenciam diretamente na vida social e mesmo econômica das pessoas que portam a doença, devido as suas consequências, inclusive aos já curados, mas que carregam as deficiências. Durante a PQT, inclusive após a alta, deve haver uma atitude de vigilância por parte dos profissionais de saúde, devido ao potencial incapacitante da doença, para que haja diagnóstico precoce, além de tratar corretamente neurites e reações, para que não evoluam para deformidades (BRASIL, 2010d).

A política do MS que diz respeito a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como característica buscar reconhecer a necessidade da implementação do processo de respostas as relevantes questões que envolvem a atenção a saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Essa política define propósitos gerais um variado leque de possibilidades que inclui desde a prevenção de agravos até a proteção da saúde e a reabilitação, como: proteger a saúde desses indivíduos; reabilitar a pessoa com deficiência tanto na sua capacidade funcional quanto ao aspecto de desempenho humano, corroborando para a sua inclusão nas variadas esferas da vida social e buscando prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências. As principais diretrizes a serem implementadas são: a promoção da qualidade de vida, prevenção das deficiências; atenção integral e com equidade à saúde, visando também a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação dos recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços. (BRASIL, 2010e)

### 3.3 ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde é considerado um direito do cidadão, sendo este garantido constitucionalmente, de acordo com Assis e Jesus (2014). A acessibilidade é concernente a qualquer local, serviços, produtos, informações que sejam livres para a maioria do público, sem mensurar nenhum fator que possa estar envolvido, tais como fatores sociais,

culturais ou quanto a capacidade físico-motora. Comumente, a acessibilidade é focalizada quanto a questões urbanas e arquitetônicas, porém o sentido da mesma ultrapassa tais questões, envolvendo também temáticas voltadas à acessibilidade quanto a informação, conhecimento, transporte e principalmente acessibilidade a saúde, pois de acordo com a legislação, toda pessoa deve ter acesso a saúde, e nela estão incluídas as pessoas com deficiência, que devem ter acesso principalmente a atendimentos específicos (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Muitas vezes, o conceito de acessibilidade torna-se esquecido pelas pessoas, principalmente pelas que portam algum tipo de deficiência, porém é um direito de todos enquanto cidadãos. É importante ressaltar que pessoas com deficiência/incapacidades podem e devem manter a autonomia, tomando suas próprias decisões, especialmente no que diz respeito a sua saúde (BRASIL, 2012).

Para que ocorra controle efetivo e eficaz da hanseníase, deve haver uma abordagem integrativa, proporcionando igualdade e maior acessibilidade, além de sustentabilidade a longo prazo. Dessa forma, as atividades de controle da doença devem ser implementadas por uma rede de serviços de saúde. A integração significa abordagem aos pacientes, registros e relatórios adequados, que são de responsabilidade dos profissionais dos serviços que acompanham esses pacientes em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A OMS (2010), preconiza alguns princípios básicos para uma integração bem sucedida, sendo eles: permitir que a pessoa seja atendida em uma UBS mais próxima de sua residência; nas unidades que oferecem serviços de saúde voltados para a hanseníase, deve haver pelo menos um profissional capacitado para isto e que esteja disponível; ter estoque de medicamento para o tratamento; os membros da comunidade devem ter acesso a material de informação, educação e comunicação disponíveis; formas simples de documentar o tratamento devem ser implementadas e utilizadas; os serviços de referência devem estar acessíveis aos pacientes e trabalhar de forma conjunta com a UBS.

De acordo com Trombetta (2015), pessoas com deficiência devem ter ações de saúde prestadas em variados níveis de atenção à saúde, da básica aos serviços especializados, centros de reabilitação, para que ocorra atenção integral a saúde do usuário. Esse serviço busca reabilitar a pessoa com deficiência, visando melhorar a capacidade funcional assim como no desempenho humano, prevenindo maiores problemas e o aparecimento de demais deformidades e lesões, para que haja promoção da saúde eficaz.

Mediante a questão da acessibilidade com relação ao controle da hanseníase, dentro da equipe multiprofissional, o enfermeiro exerce um papel de primordial valor, atuando na busca e diagnóstico, na prevenção da doença e das incapacidades físicas decorrentes da mesma, não obstante, atuando na gerência do cuidado com atividades de controle, vigilância epidemiológica, registros e pesquisas (LIMA et al., 2015).

Ainda de acordo com os mesmos autores, a consulta de enfermagem é objeto fundamental para a assistência, visando o estabelecimento de interação do indivíduo com o profissional de saúde, com a finalidade de compreender as reais necessidades de cada pessoa em suas particularidades, gerando sentimento de confiança e segurança para o paciente. O enfermeiro também atua como principal orientador dessas pessoas, o que o faz de grande valor para repassar os conhecimentos acerca da problemática, bem como uma educação continuada em saúde.

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Para que os objetivos desse estudo fossem alcançados, foi adotado o estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva visa mostrar características da população pesquisada ou fenômeno, através do uso de técnicas com padrão de coleta de dados, como por exemplo um questionário (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

De acordo com Dafolvo, Lana e Silveira (2008), a pesquisa qualitativa parte do princípio que a informação coletada não é apenas expressa em números e tem maior identificação com a observação do participante.

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS) da Universidade Federal de Campina Grande, que abrange as equipes das UBS São José e Casas Populares. Localiza-se no município de Cajazeiras-PB, que tem área territorial 565.899 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 61.431 mil habitantes (IBGE, 2010).

A escolha da localidade se deu pelo fato de o PAPS pertencer a instituição de ensino a qual a pesquisadora é vinculada, ter uma área de abrangência endêmica para hanseníase e ser considerada referência no município.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de uma pesquisa se dá pelo total de itens, pessoas, objetos e todo e qualquer elemento que ofereça informações buscadas pelos pesquisadores, para que assim ocorra uma inferência desta população (MARTINS; DOMINGUES, 2011). A população desse estudo foi de 12 pessoas que apresentam deficiência física decorrente da hanseníase.

Segundo Markoni; Lakatos (2011), a amostra é uma parcela determinada de acordo com uma população. A amostra deste estudo foi de 7 pessoas que apresentam deficiência física decorrente da hanseníase e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão.



#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram: Pessoas que apresentassem deficiência física decorrente da hanseníase em qualquer segmento do corpo e apresentar comunicação verbal preservada. Como critérios de exclusão temos: residir em micro área descoberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS); ter idade inferior a 18 anos, devido ao fator psicológico quanto interagir com o menor, e estar ausente de sua moradia no período da coleta dos dados.

#### 4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA A COLETA DOS DADOS

Foi utilizado um questionário semiestruturado organizado pela pesquisadora com quatro questões norteadoras da entrevista (APÊNDICE A), a ficha de notificação da hanseníase coletada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (ANEXO A) e um gravador de voz.

A priori, a pesquisadora realizou uma reunião com as equipes de saúde envolvidas para a explanação sobre a pesquisa e solicitação nominal com os devidos endereços residenciais das pessoas que apresentassem deficiência física decorrente da hanseníase nas áreas de abrangência. Posteriormente, a pesquisadora executou um cronograma de visitas domiciliares para a realização das entrevistas. Ao promover a visita em domicílio, a pesquisadora esclareceu ao público-alvo questões sobre seu estudo e seu objetivo para com ele, além da relevância do estudo para a sociedade e solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao iniciar a entrevista, a pesquisadora explicou o significado do termo “acessibilidade assistencial aos serviços de saúde” para que os entrevistados tivessem consciência das suas respostas referentes a este termo. Utilizou-se um gravador de voz para a captura da fala dos entrevistados para posterior transcrição destas.

Na realização do procedimento da coleta de dados casa a casa, a pesquisadora pode analisar as condições em que vivem os participantes da pesquisa, bem como transmitir uma maior segurança e tranquilidade aos mesmos por estarem em seus lares, auxiliando para um melhor entendimento das entrevistas e assim obtendo uma análise ainda mais intrínseca dos dados obtidos com a mesma.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram dispostos e sistematizados de acordo com a técnica de análise de conteúdo elaborada por Laurence Bardin. De acordo com Bardin (2011) o estudo qualitativo delinea-se em fases, tais como a pré-análise do conteúdo, a exploração do material, tendo em vista possíveis ajustes, o tratamento dos resultados, que consiste na codificação e na inferência dos dados. Por fim, as técnicas de análise, categorização, interpretação e informatização, que darão embasamento a pesquisa. Sendo todos os dados obtidos analisados e conferidos com base na literatura pertinente.

A análise de conteúdo, utilizada como método, totaliza-se em um conjunto de técnicas para análise das comunicações, utilizando procedimentos estruturados e sistemáticos, tendo por objetivo a descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Este estudo foi um recorte da pesquisa intitulada “Acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase”, que foi cadastrado na Plataforma Brasil, após aprovação e liberação do termo de anuência da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba (ANEXO B) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, situado a Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n Bairro: Casas Populares, Cajazeiras-Pb, Cep: 58.900-000, sendo aprovado sob parecer Nº 1.421.681.

Foram cumpridas às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual, incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres dos envolvidos (BRASIL, 2012).

O TCLE (APÊNDICE B) foi elaborado pela pesquisadora com informações pertinentes a pesquisa, para orientar os participantes de forma clara sobre os objetivos da pesquisa, que sua participação é voluntária e que poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa e que a pesquisa não provocará danos físicos. A entrevista só iniciou após o entrevistado assinar duas vias do TCLE, uma que ficou em sua posse e a outra para arquivo da pesquisadora.

A pesquisadora permaneceu atenta quanto ao estado emocional dos entrevistados, evitando possíveis riscos à participação na pesquisa, minimizando constrangimentos, estresse emocional, e intimidação pelo processo de entrevista, colocando-se a disposição sempre que o mesmo necessitasse.

O anonimato foi garantido aos participantes que receberam o pseudônimo Sujeito, seguido da numeração de acordo com a sequência das entrevistas.

Espera-se que este estudo traga benefícios aos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, por poder visualizar possíveis fragilidades quanto a acessibilidade aos serviços de saúde para poder corrigi-los; à sociedade, que passará a receber uma assistência de melhor qualidade; e à comunidade científica, pois o mesmo servirá de base para novas pesquisas relacionadas à temática.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se que a maioria dos entrevistados (85,7%) eram do sexo feminino e no momento do diagnóstico apresentavam grau de escolaridade baixo (85,7%); com predominância (71,4%) da raça/cor parda (autodeclarada); com profissão ignorada (42,8%); com diagnóstico de hanseníase na forma MB (85,7%), sendo que o que havia recebido o diagnóstico como PB, foi posteriormente identificado como MB, havendo mudança no esquema terapêutico; e que apresentavam a deficiência nos membros inferiores (71,4%). Dentre os entrevistados, 71,4% residem na mesma área e próximos uns aos outros desde o momento do diagnóstico, além de que 28,5% deles relataram a ocorrência da doença no núcleo familiar antes de serem diagnosticados.

Mediante a questão norteadora “Qual a percepção das pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase sobre a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde?” e à leitura cuidadosa e exaustiva das entrevistas, foram construídas três categorias: **Categoria 1** – Descoberta da doença; **Categoria 2** – Instalação da deficiência; **Categoria 3** - Acessibilidade assistencial aos serviços de saúde.

### CATEGORIA 1 – DESCOBERTA DA DOENÇA

O alvo desta categoria é enfatizar como se deu o processo de descoberta da doença, identificando a participação do serviço de saúde, bem como a maneira com que os entrevistados lidaram com a situação.

Este estudo identificou que mesmo a maioria dos participantes apresentando alterações dermatoneurológicas não conseguiram perceber que poderiam estar com hanseníase, fato que demonstra a falta de educação em saúde, mesmo a área sendo considerada endêmica para tal.

Eu tinha uma mancha, mas eu achava que era uma impinge. Um dia a ACS me indicou a ir no posto, para examinarem essa mancha e quando fui lá fizeram os testes em mim, aquele com água fria e água morna e eu não sentia nenhuma das duas. Aí comecei logo o tratamento, queria era me livrar logo disso. (Sujeito 02).

Eu não sabia o que era a doença, não sabia o que era hanseníase. Eu tinha muitas manchas, mas achava que era impinge. A enfermeira do posto, na época, que identificou os sintomas e me examinou. Tive muito medo quando soube que era hanseníase. (Sujeito 05).

Embora as estratégias e campanhas de divulgação sobre a temática sejam crescentes, é notável que grande parte da população apresenta conhecimento deficiente quanto as formas de transmissão da doença, sobre os sinais e sintomas e o tratamento da mesma, o que corrobora para a permanência do estigma e do preconceito em razão da hanseníase. Destarte, torna-se fundamental a abrangência e divulgação do conhecimento acerca dos variados aspectos da doença, tendo em vista a desmistificação da mesma (MARINHO et al., 2014).

No caso do Sujeito 01, mesmo tendo conhecimento da possibilidade do diagnóstico de hanseníase por ter tido casos na família, preferiu não acreditar que estava com a patologia, quiçá pela imagem que esta representou para sua família e ainda representa para a sociedade. Aliada ao estigma da doença, percebe-se a ausência de vigilância da equipe de saúde a um contato intradomiciliar de uma pessoa com hanseníase.

Teve caso de hanseníase na família, meu pai e dois irmãos (...) Apareceu apenas uma mancha no pé direito e outra no pé esquerdo, mas eu não me importava. Na minha cabeça eu nunca teria a doença. Comentei com uma amiga que sentia fraqueza, falei das manchas, aí ela me indicou ir no posto de saúde. Depois disso, eu tive vontade de analisar as manchas e comecei a cutucar elas, mas não sentia, era dormente... aí fui logo no posto. (Sujeito 1).

De acordo com Moura, Pereira e Veloso (2015), um dos principais métodos para a realização do diagnóstico precoce da hanseníase é o controle dos contatos do portador da doença. Dessa forma, é estabelecido que a equipe de saúde deve avaliar todos os contatos intradomiciliares da pessoa acometida e ao ser negativo para a doença, se faça a vacinação com a BCG. O Brasil (2010) determina que esses contatos devem receber orientações quanto a BCG e o motivo pelo qual está sendo aplicada, evidenciando que a vacina não é tratamento específico para a doença, sendo ela destinada prioritariamente para o caso dos contatos intradomiciliares, atuando como um reforço imunológico para os mesmos, objetivando impedir o desenvolvimento da doença, além do acompanhamento contínuo destes devido ao longo período de incubação da doença.

Ainda no que se refere ao controle dos contatos como facilitador do diagnóstico precoce da doença, um dos dois participantes da pesquisa que tinham sido contato

intradomiciliar de pessoa com hanseníase, relatou ter sido diagnosticado através dessa estratégia.

Meu pai teve hanseníase e eu participei do teste dos contatos dele. Lá eles detectaram uma manchinha e fui encaminhada para realizar todos os exames, que foi quando perceberam também que eu já tinha dormência no dedo mínimo (...). (Sujeito 4).

Dessa maneira, percebe-se que o diagnóstico da hanseníase se deu a partir de casos suspeitos pela comunidade ou por profissionais da equipe de saúde (ACS e enfermeiros). Com isso, constata-se a necessidade de ações de educação em saúde que abranja toda comunidade, vigilância contínua dos contatos intradomiciliares das pessoas com hanseníase e realização de busca ativa e passiva em toda a área de abrangência da UBS, visando a detecção precoce da patologia e de suas complicações, assim possibilitando também a diminuição do estigma e preconceito da doença perante a sociedade, em especial pela possibilidade de se evitar a deficiência física decorrente da hanseníase, que é responsável por interferir biopsicossocial na vida desta pessoa e de sua família.

## **CATEGORIA 2 – INSTALAÇÃO DA DEFICIÊNCIA**

No tocante a esta categoria, buscou-se identificar quando houve a instalação da deficiência física e seus possíveis fatores desencadeantes.

Como visto, na hanseníase, a ocorrência de incapacidade física estar relacionada ao acometimento dos nervos periféricos não tratados de forma oportuna, o que resulta na diminuição da força muscular e alterações de sensibilidade, que podem ocasionar sequelas e deformidades graves e permanentes, como garras (mãos e pés), lagofalmo, formação de úlceras nos membros e na córnea, reabsorção óssea, entre outras sequelas (NEVES et al., 2015), em especial quando há demora no diagnóstico e início do tratamento, além das reações hansênicas.

Nessa pesquisa constatou-se que todos os participantes tiveram diagnóstico tardio da doença, visto que os mesmos já chegaram a unidade de saúde, encaminhados por um membro da equipe ou não, com algum tipo de incapacidade, como descrito na fala abaixo.

“Comecei a perceber que as minhas mãos estavam ficando dormentes. Decidi ir ao posto e fiz todos os exames, onde foi confirmado que eu tinha hanseníase.” (Sujeito 06).

Esse lado direito não tem força, os pés são dormentes desde antes do diagnóstico e até hoje quebro muitos pratos lavando louça, falta força no braço, fora as dores que também sinto sempre. Se a enfermeira não tivesse vindo aqui, eu acho que hoje estaria pior. (Sujeito 05).

A perna ficou muito vermelha e dura (...) me encaminharam para fazer os exames, aí sim diagnosticaram a doença (...) Fiquei com o pé caído. Não tenho forças nem movimento nesse pé. Nesse eu não sinto nada... Só as dores vivo sentindo nos nervos. (Sujeito 07).

Assim como o diagnóstico tardio, outro fator que contribui para o aparecimento de deficiência física é a resistência ao tratamento, que muitas vezes é justificada pelos indivíduos por alegarem dor, alterações na aparência física devido aos efeitos colaterais do medicamento, incômodo físico, tornando-se fonte de grande sofrimento, além do fato de apresentarem dificuldade em exercerem atividades diárias simples, como por exemplo afazeres domésticos (PENHA et al., 2015) e que pode favorecer ao surgimento das reações hansênicas.

A PQT é um tratamento que exige dedicação e paciência das pessoas com hanseníase, sendo necessário orientações e manejo da equipe para oferecer suporte adequado a esses indivíduos, a fim de conscientizar os mesmos quanto a importância do tratamento e as possibilidades de recuperação e cura, se realizado satisfatoriamente.

Diante do exposto, verificou-se que a maioria dos entrevistados apresentaram resistência ao tratamento, favorecendo a manifestação de reações hansênicas e agravando as lesões e deficiências físicas já existentes.

Eu não conseguia aceitar que tinha a doença, e comentei no posto que não era pelo fato da minha família ter tido a doença que eu também ia ter. Passei pelo médico e iniciei o tratamento, mas eu tomava e parava. Não aceitava de forma alguma que eu estava doente! Quando chegava na metade da cartela eu parava, o que me fazia ter muitas reações. Eu parava porque via que as manchas não estavam saindo, minha pele escureceu, sentia dores no estômago, e achava que o tratamento não servia, ao contrário, me fazia mal (...) Na época sentia muita raiva da enfermeira, pois ela insistia comigo para fazer o tratamento direito e eu não aceitava. (Sujeito 01).

“Tomo prednisona até hoje, pois passei 1 mês sem a medicação e tive uma reação muito forte, sem falar que fiquei com a mão assim (mão em garra)” (Sujeito 04).

“Eu queria abandonar o tratamento, sofri muito, sentia muitas dores e sinto até hoje.” (Sujeito 05).

“(...) da primeira vez eu deixei de tomar o remédio né? Aí tive muitos problemas.” (Sujeito 07).

A negação, o conhecimento deficiente acerca do problema e o preconceito que ainda predominam em relação a hanseníase, também podem torna-se grandes fatores de risco para o surgimento da deficiência física, pois podem influenciar negativamente o indivíduo, levando-o a desistência do tratamento, o que certamente pode causar danos ainda maiores a saúde do paciente.

Dessa maneira, se faz necessário atentar para a estigmatização e todo o preconceito que circunda a doença, ainda ligada ao termo lepra, que é intrinsicamente relacionado as incapacidades e deformidades causadas através do tempo pela doença. Assim dificultando a procura dessas pessoas ao serviço de saúde e retardando o diagnóstico e tratamento (AQUINO et al., 2015).

“Eu nunca gostei de receber ninguém aqui, sabe? De estudantes, as doutoras... é assunto que não gosto de falar. Pouca gente sabe que tive isso, porque as pessoas tem muito preconceito, sabe? Olham torto pra pessoa...” (Sujeito 01).

(...) eu tive preconceito em casa, meus próprios irmãos e meu filho não entendiam. A minha vizinha também teve preconceito comigo. Trancava as portas e dizia pros filhos dela não passarem perto de mim (...) não fazia o tratamento direito, ficava muito preocupada, com desgosto, pois sabia que não seria mais a mesma pessoa (...) (Sujeito 03).

“Eu era jovem na época e complicava. Sofri muito preconceito, inclusive na casa onde eu trabalhava como babá... Fui demitida!” (Sujeito 04).

“Foi muito difícil no início, pois eu tinha muito medo do que podia acontecer e também sofri com o preconceito, não das pessoas, mas o que eu mesma tinha sobre mim.” (Sujeito 05).

Percebe-se com estas falas, a importância de uma abordagem oportuna da equipe na confirmação do diagnóstico ao paciente e a todos do seu convívio, o que pode influenciar diretamente no quesito de resistência ou não ao tratamento, tornando-se imprescindível repassar o conhecimento para o indivíduo tendo em foco a cura e a importância fundamental do tratamento, implementando métodos educativos que possam vir a agregar nesse momento de sensibilização (SANTANA et al., 2008). Além disso, os pacientes em questão devem ser conduzidos quanto a forma mais eficaz de realizarem medidas que visem a prevenção das incapacidades físicas, sendo o tratamento de real importância para obter a cura, quebrando a fonte de infecção e elaborando estratégias de controle da endemia (VIEIRA et al., 2008).



A equipe necessita ter iniciativa quanto a busca ativa e passiva para um diagnóstico mais precoce e persuasão das pessoas que se mostram resistentes ao tratamento, atentando para o fato de prestarem orientações eficientes tanto ao doente, para que se comprometam com o processo e tornem-se responsáveis pelo autocuidado, quanto aos seus familiares e comunidade em geral, o que é imprescindível para a prevenção da deficiência física e melhoraria da qualidade de vida do paciente.

### **CATEGORIA 3 – ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Por meio dessa categoria buscou-se explicar acerca da acessibilidade aos serviços de saúde e como se dá a disponibilização desta na percepção dos participantes, usuários diretos do serviço.

Verificou-se nesta pesquisa que todos os entrevistados referiram ter tido acessibilidade assistencial aos serviços necessários durante o tratamento, como observa-se nas falas abaixo.

Fui bem acompanhada no posto e a enfermeira me ajudou muito. Lembro que na época os grupos de alunos vinham muito aqui, me davam assistência, além do posto, né? Tive assistência de todos os profissionais de que precisei. A enfermeira vinha aqui fazia a visita, orientava. A ACS vinha frequentemente também, para saber como eu estava, se tomava o remédio direito. Todos os exames eram de graça, tive direito a fisioterapia, ao reumatologista, e tenho até hoje quando sinto essas dores. (Sujeito 05).

Eu tinha acompanhamento na policlínica e no posto. Era fisioterapia, exames, os remédios, tudo que eu precisei eu tive, graças a Deus. Era acompanhamento com o médico, com a enfermeira... fazia aquele exame lá que olha o olho (...) olhavam tudo pra saber se eu estava voltando, se estava ficando boa. Agora estou participando de umas palestras que está tendo lá no posto, fizemos muitos exercícios, a enfermeira pediu para que eu não faltasse. (Sujeito 07).

A acessibilidade assistencial aos serviços de saúde nos moldes da Estratégia Saúde da Família não se restringe apenas ao acompanhamento após diagnóstico, mas sim, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com diagnóstico precoce e acompanhamento pós cura, o que não foi observado neste estudo, em sua totalidade, já que os entrevistados manifestavam sinais e sintomas de incapacidades físicas, entre estas, complicações severas antes do diagnóstico, apesar de residirem em território com atuação de

equipes de Estratégia Saúde da Família e em alguns relatos frisarem que a boa acessibilidade ocorreu durante o tratamento, como na fala abaixo.

“(...) Para mim, graças a Deus até o momento em que eu estava no tratamento foi muito bom” (sujeito 05).

Com base no exposto, percebe-se a problemática em torno da acessibilidade assistencial e as fragilidades do serviço de saúde e o não reconhecimento adequado do termo acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pela amostra.

Apesar da hanseníase ser dita como uma das prioridades do pacto pela vida, ainda é considerada uma doença negligenciada, pois para a assistência integral ao doente é necessário organização de equipe multiprofissional da rede pública de atenção básica e serviços de média e alta complexidade, visando uma assistencial integral e eficiente (BRASIL, 2010).

A equipe de saúde, principalmente profissionais da rede básica, devem estar sempre em processo de capacitação para que evoluam tanto quanto ao diagnóstico precoce quanto a avaliação de grau de incapacidade e prevenção dos mesmos (SOBRINHO et al., 2007).

Contudo, apesar das fragilidades ainda existentes nos serviços prestados pela atenção básica a esses indivíduos, notou-se que após o diagnóstico e durante o tratamento, a amostra mostrou-se satisfeita com o acompanhamento e com o processo de tratamento, independentemente das dificuldades enfrentadas.

Lembro que a enfermeira da época vinha cuidar do ferimento na minha perna, fazia o desbridamento em todas as feridas, fazia o curativo, trazia o pessoal da faculdade pra me ajudar também, refaziam os exames, tentaram me encaminhar pra fisioterapia (...) (Sujeito 03).

“(...) fui bem acompanhada no posto e a enfermeira me ajudou muito. Lembro que na época os grupos de alunos vinham muito aqui, me davam assistência.” (Sujeito 05).

Na referida UBS, visto ser uma instituição pertencente a uma universidade, tem-se a atuação de vários projetos de extensão, inclusive para a prevenção das deficiências físicas decorrentes da hanseníase, o que faz com que os usuários sejam beneficiados e tenham melhor acessibilidade aos serviços de saúde, integralmente.

Participo de um grupo com pessoas com incapacidade física, que a enfermeira me chamou! Isso é muito para entendermos mais (...) Eu fui bem acompanhada, o atendimento era muito bom e não tenho do que reclamar. Até hoje os alunos vem aqui, as doutoras. (Sujeito 04).

De tal modo, verifica-se que as fragilidades são sérias e existem, principalmente quanto a questão da busca ativa mais efetiva dos casos e o acompanhamento pós cura, principalmente por se tratar de uma área endêmica. Por outro lado, percebe-se que ao se diagnosticar a doença, o cuidado é prestado de forma integral e eficiente, promovendo uma acessibilidade assistencial aos serviços de saúde satisfatória.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acessibilidade aos serviços de saúde favorece o controle da hanseníase e de suas possíveis complicações, para tanto, deve ser realizada com equidade e integralidade, principalmente no que diz respeito a prevenção das deficiências/incapacidades físicas decorrentes da mesma. A assistência à saúde deve ser realizada de forma eficaz, proporcionando oportunidades de vigilância e controle, cuidado, prevenção de incapacidades e a cura da doença.

Constatou-se neste estudo que, na visão dos sujeitos entrevistados, a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde ocorreu de forma satisfatória, em especial durante o tratamento, quando afirmaram ter recebido uma assistência integral, contudo, no momento do diagnóstico todos os sujeitos já possuíam a deficiência física instalada, o que remete as fragilidades dos serviços de saúde, o que engloba a falta de uma busca ativa e passiva eficientes, de educação em saúde de forma contínua, vigilância dos contatos intradomiciliares e acompanhamento dos casos pós alta, com isso, perpetuando-se o estigma e o preconceito acerca da doença pelas possíveis marcas que esta pode deixar nas pessoas acometidas.

Dessa forma, o estudo aponta que ainda há necessidade de capacitação entre os profissionais, implementação de estratégias que facilitem a descoberta precoce da doença com busca ativa e passiva eficazes, realização de campanhas educativas, bem como medidas de vigilância, controle e prevenção das incapacidades físicas de forma efetiva, além de uma participação significativa dos gestores em saúde que possibilite condições favoráveis para que a equipe multiprofissional possa realizar seu trabalho.

O estudo foi viável quanto a técnica e prática, respeitando o tempo determinado, no entanto ao decorrer do estudo foram encontrados obstáculos para a realização das entrevistas, pois alguns dos participantes, de início, apresentaram resistência em serem questionados sobre um assunto considerado íntimo e delicado para eles, além da dificuldade em encontrá-los em suas residências, justificando assim o número da amostra, sendo uma fragilidade do estudo. Todavia, os obstáculos foram remediados e vencidos.

Objetiva-se por meio desta pesquisa contribuir para a melhoria da qualidade da acessibilidade assistencial aos serviços de saúde no contexto da hanseníase, em especial para a prevenção da deficiência física, além de incentivar novas pesquisas na temática.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-207, 2008.
- AQUINO, C. M. F. et al. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 185-90, 2015.
- ARAÚJO, A. E. R. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 17, n. 4, p. 899-910, 2014.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Botucatu, v. 17 n. 11, p. 2865-2875, 2014.
- AVELINO E SARMENTO, A. P. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.** v. 13, n. 3, p. 180-4, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Edições 70, LDA, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
- BRANDÃO, J. G. **Incapacidade física durante o tratamento poliquimioterápico dos pacientes de hanseníase no Brasil nas coortes de cura de casos novos dos anos de 2010 e 2011**. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em 26 ago 2016.
- \_\_\_\_\_. **Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência**. 7. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/legislacao-brasileira-sobre-pessoas-portadoras-de-deficiencia>>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Secretaria de vigilância em saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis; Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125\\_07\\_10\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html)>. Acesso em: 27 set 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coefficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase Brasil e estados, 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle de Hanseníase.** Relatório Executivo do PNCH. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades e reabilitação.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-93, 2014.

CUNHA, M. H. C. M. et al. Episódios reacionais hansênicos: estudo de fatores relacionados com adesão ao tratamento em uma unidade de referência. **Hansenol. Int.**, v. 38, n. 1/2, p. 61-7, 2013.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada. Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 2, 2005.

GIRONDI, J. B. R; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha de Enfermagem.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dia Internacional das Pessoas com Deficiência.** 2013. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/pt/voce-sabia/calendario-7a12/event/57-dia-internacional-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010.

KAUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa**. Itabuna: Litterarum, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p.173-9, 2012.

LIMA, D. A. Q. et al. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase - Revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, p. 199-208, 2015.

MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P.C. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 326-332, 2014

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARINHO, F. D. et al. Percepções e sentimentos diante do diagnóstico, preconceito e participação social de pessoas acometidas pela hanseníase. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 21, n. 3, 46-52, 2014.

MARTINS, G. A.; DOMINGUES, O. **Estatística geral e aplicada**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 29, n. 5, p. 909-20, 2013.

MOURA, L. M. A; PEREIRA, M. A; VELOSO, L. C. Estratégias utilizadas pelos serviços de saúde na detecção precoce da hanseníase: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde em foco, Teresina**, v. 2, n. 1, p. 130-50, 2015.

NEVES, T. V. et al. Grau de incapacidade física e escore olhos-mãos-e-pés em pacientes hansenícos pós-alta. **Rev. APS**. v. 18, n. 3, p. 335-40, 2015.

OLIVEIRA, K. S. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**; v. 24, n. 3, p. 507-16, 2015.

OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2010a.

OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015**. Diretrizes operacionais (atualizadas). Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010b. 70 p. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 21 set 2016.

PENHA, A. A. G. et al. Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. **Caderno de Cultura e Ciência**, Ano X, v. 14, n. 2, 2015.

SANTANA, S. C. et al. Papel das ações educativas e o controle da hanseníase no município de Ariquemes, Rondônia. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 2, p. 181-92, 2008.

SOBRINHO, R. A. S. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 6, 2007.

SOUZA, LW. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p. 737-9, 2010.

TROMBETTA, A. P. et al. Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 3, p. 446-53, 2015.

VIEIRA, C.S.C.A., et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 6, n. esp, p. 682-8, 2008.

WAGNER, L. C. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. **Ciência em Movimento**, n. 23, 2010.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

### QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Qual foi seu trajeto até receber o diagnóstico de hanseníase? Desde a suspeita até a confirmação; quem esteve presente durante esta trajetória?
- 2) Como você considera o atendimento da UBS em relação a seu acompanhamento? A descoberta e início do tratamento foram no mesmo município em que mora hoje? Na mesma UBS?
- 3) Qual a sua percepção sobre a **acessibilidade** aos serviços de saúde que precisou?
- 4) Cite qualidades e fragilidades no acompanhamento que você recebeu durante o tratamento. Suas expectativas foram supridas?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (a) para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Percepção de portadores de deficiência/incapacidade física decorrente da hanseníase quanto a acessibilidade assistencial”, sob a responsabilidade da pesquisadora Natalia Azevedo da Silva.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a percepção das pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase sobre a acessibilidade aos serviços de saúde.

Para a realização dessa pesquisa, será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas contemplando as variáveis sociodemográficas e de saúde, como: sexo, idade, estado civil, cor, naturalidade, escolaridade, profissão, ocupação atual, renda mensal individual e familiar, ano de diagnóstico de hanseníase, classificação operacional, estabelecimento da deficiência (antes, durante ou após o tratamento), tipo de deficiência física, uso de órtese/prótese. Como também haverá questões sobre o conhecimento da amostra sobre seus direitos à assistência em saúde, percepção sobre a acessibilidade aos serviços de saúde pública (localização, infra-estrutura, ações de assistência à saúde) e suas possíveis fragilidades. Será utilizado também um gravador de voz para as respostas das questões subjetivas.

A participação nesse estudo é voluntária e se decidir desistir de continuar nessa pesquisa, pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Na publicação dos resultados encontrados nessa pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, você indiretamente estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. As ações desenvolvidas nesse estudo não terão nenhum procedimento invasivo que possa causar dano físico a sua saúde. Contudo, poderá gerar algum constrangimento, que será reconhecido e minimizado pela pesquisadora.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá ser esclarecida pela pesquisadora responsável, bem como por sua professora Orientadora, pelos endereços ou telefones descritos abaixo. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Campina Grande – PB:

---

**Nome: Natália Azevedo da Silva**

**Instituição: UAENF/CFP/UFCG**

**Endereço: Rua. Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras – PB**

**Telefone: (83) 99879-1581**

**E-mail: nathaliazv@hotmail.com**

**Nome: Prof. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras**

**Instituição: ETSC/CFP/UFCG**

**Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras – PB**

**Telefone: (83) 99879-1581**

**Email: gc.veras@bol.com.br**

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus  
Cajazeiras**

**Endereço: Rua. Sérgio Moreira de Figueiredo - S/N, Casas Populares, Cajazeiras - PB**

**CEP: 58.900-000 ou pelo telefone (83) 3532-2000**

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo que meu filho (a) participe voluntariamente deste estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir que ele (a) participe da pesquisa se assim desejar. A pesquisadora, explicou-me os procedimentos e certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a identificação individualizada. Ela comprometeu-se, também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica  
do voluntário

\_\_\_\_\_  
Natália Azevedo da Silva

APÊNDICE C – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Para: Gerente da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba

SOLICITAÇÃO DO TERMO DE ANUÊNCIA

Solicito de V.Sa. um termo de anuência para realização do estudo (projeto em anexo) “**Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase**”, nos municípios que fazem parte da 9ª Gerência Estadual de Saúde da Paraíba, a ser desenvolvido pela pesquisadora responsável Profª **Gerlane Cristinne Bertino Vêras** e os discentes **Francisca Maria Barbosa de Souza**; **Douglas Mendes Cavalcante**; e **Natália Azevedo da Silva**.

  
Profª Gerlane Cristinne Bertino Vêras

SIAPE 2475886

COREN 110590

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**  
**(Pesquisadores Participantes)**

Nós, **Francisca Maria Barbosa de Souza, Douglas Mendes Cavalcante, Natália Azevedo da Silva**, discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizamo-nos, junto com a **Profª Esp. Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, a desenvolver o projeto de pesquisa **“ACESSIBILIDADE ASSISTENCIAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DA HANSENÍASE”**. Comprometemo-nos ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizamo-nos, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela nossa orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, 16 de janeiro de 2016.

*Francisca Maria Barbosa de Souza*  
Francisca Maria Barbosa de Souza

*Douglas Mendes Cavalcante*  
Douglas Mendes Cavalcante

*Natália Azevedo da Silva*  
Natália Azevedo da Silva

**ANEXOS**

## ANEXO A – FICHA DO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO <b>HANSENÍASE</b>						
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade			13 Raça/Coi		
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
	17 UF			18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	<b>Dados Complementares do Caso</b>					
	Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação		
33 Nº de Lesões Cutâneas		34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados		
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38 Modo de Entrada					
	39 Modo de Detecção do Caso Novo					
Dados Lab.	40 Baciloscopia					
	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial			
			1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos			
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados					
Observações adicionais:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função	Assinatura		



## ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



Página 1 de 1

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
9ª GERENCIA REGIONAL DE SAÚDE

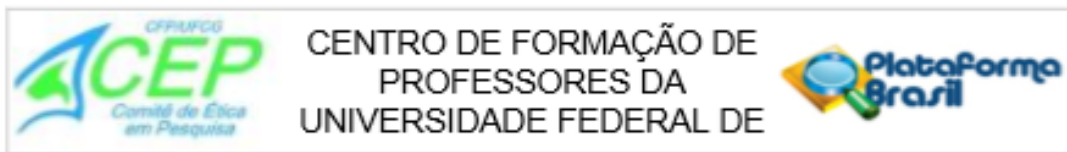
## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada “**Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase**”, nos municípios que fazem parte da 9ª Gerência Estadual de Saúde da Paraíba, a ser desenvolvido pela pesquisadora responsável **Profª Gerlane Cristinne Bertino Vêras** e os dicentes **Francisca Maria Barbosa de Souza; Douglas Mendes Cavalcante; Natália Azevedo da Silva**, está autorizada a ser realizada.

Cajazeiras, 14 de Janeiro de 2016.

**Ana Amélia F. P. de Sá**  
Gerente Regional  
9ª GRS - Mat: 171.065-6

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase

**Pesquisador:** Gerlane Cristinne Bertino Vêras

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52621816.1.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.421.681

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa intitulado *Acessibilidade Assistencial das Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase*, 52621816.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras trata de projeto que visa avaliar a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto *Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase* tem por objetivo principal avaliar a acessibilidade assistencial aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência física decorrente da hanseníase.

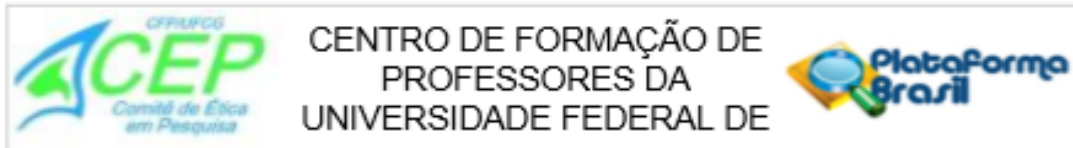
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa *Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase* é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.421.001

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Gerlane Cristinne Bertino Vêras redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto Acessibilidade Assistencial aos Serviços de Saúde pelas Pessoas com Deficiência Física Decorrente da Hanseníase, número 52621818.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

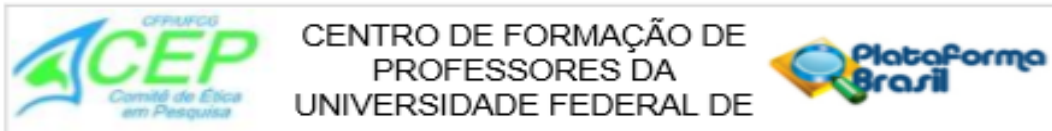
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_653112.pdf	03/02/2018 19:00:43		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_URCA.pdf	03/02/2018 19:00:08	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Gerlane_URCA_CEP.pdf	02/02/2018 20:31:15	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/01/2018 03:11:40	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	16/01/2018 03:09:47	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.jpg	16/01/2018 03:07:10	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_Pesquisadores_Participantes.pdf	16/01/2018 03:06:09	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_Pesquisadora_Responsavel.jpg	16/01/2018 03:05:36	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.pdf	16/01/2018 03:03:18	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.421.881

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

CAJAZEIRAS, 24 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br