



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS DIAGNÓSTICADAS COM
HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

CAJAZEIRAS - PB

2014

DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS DIAGNÓSTICADAS COM
HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques

**CAJAZEIRAS - PB
2014**

DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS DIAGNÓSTICADAS COM
HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de bacharelado em enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques
(Orientadora-UFCG)

Prof^ª.Ms. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
(Membro - UFCG)

Prof^ª Dr^a Marilena Maria de Souza
(Membro – ETSC)

AGRADECIMENTOS

Acabo de concluir mais uma etapa da minha vida, e através desta conquista quero agradecer primeiramente a Deus, porque sem ele nada é possível.

Agradeço a minha mãe, pela paciência e por me incentivar sempre.

Ao meu pai (in memoriam), sei que onde ele estiver, estará torcendo por mim.

Ao meu esposo, pelo incentivo nessa jornada.

Aos meus filhos, pela compreensão da minha ausência durante esses anos de estudo.

Aos meus parentes, pela força positiva que me impulsionou nesta realização.

A essa Instituição, com todos os seus colaboradores, pelo apoio constante.

Quero agradecer também, aos nossos mestres pelos ensinamentos que nos transmitiram ao longo desses anos e pela amizade demonstrada. Também por serem exatamente do jeito que são, ampliando nossas expectativas e nos permitindo antever um futuro melhor.

Meus queridos amigos e companheiros de sala de aula, agradeço o carinho e ajuda que me prestaram ao longo do tempo.

A todos o meu muito obrigado!

ALMEIDA, D. de O. R. Itinerários terapêuticos de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2014, 41f.

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, transmitida pelo contato direto com pacientes não tratados ou portadores de suas formas transmissíveis, os casos multibacilares. Constitui um desafio para a saúde pública brasileira devido à alta taxa de detecção e ao potencial incapacitante. **Objetivo:** Traçar o itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma unidade básica de saúde. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, desenvolvido com 10 pacientes diagnosticados com hanseníase entre 2005 e 2012. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Jardim das Neves, localizada no município de Bonito de Santa Fé – Paraíba, no mês de agosto do corrente ano após validação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP). **Resultados:** Os resultados apontam como principais sintomas que levaram os entrevistados a buscar ajuda terapêutica foram a presença de manchas esbranquiçadas e posterior hiperemia, insensibilidade, edema e prurido. O itinerário terapêutico percorrido pelos pacientes foi curto, visto que a maioria foi diagnosticada com hanseníase logo que procuraram a unidade de saúde, sendo iniciado de imediato a poliquimioterapia (PQT). Entretanto, outros tiveram atraso no diagnóstico, devido equívocos dos profissionais na identificação da patologia ou decorrente do estigma e preconceito em torno da doença. **Conclusão:** O tempo médio de diagnóstico foi curto e mesmo os que tiveram diagnóstico tardio, este parece estar associado, de um lado, à falta de capacitação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde para o diagnóstico precoce a enfermidade e, de outro lado, ao estigma e ao preconceito associados à hanseníase. Assim, é eminente a necessidade de um olhar atento de todos os profissionais que trabalham nos serviços de atenção à saúde para a minimização do preconceito através da Educação em Saúde, possibilitando melhor enfrentamento da doença por seus portadores e a sua reintegração à sociedade.

PALAVRA-CHAVE: Hanseníase. Itinerários terapêuticos. Unidade Básica de Saúde.

ALMEIDA, D. de O. R. **Therapeutic itinerary of leprosy patients in a Basic Health Unit.** Coursework. Graduate in Nursing. Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cajazeiras. Cajazeiras - PB, 2014, 41f.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease and caused by *Mycobacterium leprae*, transmitted by direct contact with untreated patients or patients with their transmissible forms, the multibacillary cases. It's a challenge for the Brazilian public health due to the high rate of detection and the disabling potential. **Objective:** Trace out the therapeutic itinerary of leprosy patients in a basic health unit. **Method:** Exploratory-descriptive study, of a qualitative nature, developed with 10 patients with the diagnosis of leprosy between 2005 and 2012 who met the following criteria: be over 18 years old, to be following the treatment in the Basic Health Unit and available to participate in the research. The research was carried out in the Basic Health Unit Jardim da Neves, in the city of Bonito de Santa Fé – PB, in August this year after the validation and approval of the research by the Committee of Ethics and Research (CEP) of the Center for Teacher Education (CFP). **Results:** The results indicate the main symptoms that induced the interviewees to seek therapeutic help were the presence of spots on the body like white spot and then red, numbness, swelling and tingling. The therapeutic itinerary taken by the patients was short, since the most of them was diagnosed with leprosy as soon as they approached the health unit, and immediately started the PQT. However, others had delay in diagnosis, because misunderstandings of the professionals in the identification of the disease or due to the stigma and prejudice around the disease. **Conclusion:** The average time to diagnosis was short and even those who had late diagnosis, this seems to be associated on the one hand, the lack of training of health professionals in their services for early diagnosis of the disease and on the other hand, the stigma and prejudice associated with leprosy. Therefore is imminent need for a closer look of all professionals working in health care for the minimization of prejudice services through Health Education, enabling better cope with the disease by its sufferers and their reintegration into society.

Keyword: Leprosy. Therapeutic itineraries. Basic Health Unit.

LISTA DE SIGLAS

CEP Comitê de Ética e Pesquisa;
CFP Centro de Formação de Professores;
ESF Estratégia Saúde da Família;
HD Hanseníase Dimorfa;
HI Hanseníase Indeterminada;
HT Hanseníase Tuberculóide;
HV Hanseníase Virchoviana;
IT Itinerário Terapêutico;
MB Multibacilar;
OMS Organização Mundial de Saúde;
PB Paucibacilar;
PQT Poliquimioterapia;
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
SUS Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	11
2.1.1 DEFINIÇÃO.....	11
2.1.2 CLASSIFICAÇÃO.....	12
2.1.3 DIAGNÓSTICO.....	14
2.1.4 TRATAMENTO.....	15
2.1.5 EPISÓDIOS REACIONAIS.....	15
2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	17
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	20
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	20
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	21
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES.....	22
4.2 DESCOBERTA DA DOENÇA.....	23
4.3 TRAJETÓRIA NA BUSCA DO TRATAMENTO.....	23
4.4 MUDANÇAS NA VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	34
ANEXOS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, transmitida pelo contato direto com pacientes não tratados ou portadores de suas formas transmissíveis, os casos multibacilares. Apesar dos avanços na medicina, na atualidade essa doença ainda se apresenta como um grave problema de saúde pública no Brasil, com grande relevância epidemiológica e social devido a alta taxa de detecção e ao potencial incapacitante. (SOUZA et al., 2013).

A hanseníase tem tratamento e cura, graças às melhorias de condições de vida e ao avanço do conhecimento científico, porém o estigma presente em nossa cultura dificulta o enfrentamento da doença e causa sérias repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores, que passam a vivenciar ameaça constante de preconceito, sofrimento, abandono, deformidade e problemas psicossociais (CID et al., 2012).

O Brasil detém grande número de portadores desta doença, perdendo apenas para a Índia em endemicidade (FERREIRA, 2012). No ano de 2011 foram confirmados 31.533 casos novos de hanseníase, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. Na Paraíba, no ano de 2011, a realidade da doença não difere da situação nacional. No ano de 2011 houve 693 casos novos de hanseníase diagnosticados. Dados que revelam o significativo poder contagiante da doença (BRITO et al., 2014).

Diante dessa situação, é imprescindível que seja dada a devida atenção ao diagnóstico precoce e a avaliação em hanseníase para se caracterizar a forma clínica, a classificação operacional e a presença de incapacidades físicas. Com isso a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como serviço da atenção básica que consiste na porta de entrada aos serviços de saúde, com papel primordial aos portadores de hanseníase por permitir a realização do diagnóstico, tratamento e todo o acompanhamento necessário até a cura desses portadores.

Apesar de existirem grandes avanços científicos no que diz respeito ao tratamento do portador de hanseníase, deve-se levar em consideração que o diagnóstico precoce e o tratamento envolvem a percepção ou interpretação que cada indivíduo e família têm em relação aos sinais e sintomas no processo saúde-doença, alicerçadas em noções compartilhadas sobre o corpo e seu funcionamento, bem como a sua gravidade. Esse processo não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde no planejamento e implementação de medidas de intervenção, sejam elas voltadas à promoção da saúde ou ao diagnóstico precoce e tratamento das doenças. Nesse aspecto, a utilização dos IT constitui importante ferramenta

essencial para compreender o movimento dos pacientes e família em busca de saúde (FUNDATO et al., 2012).

Neste contexto, os itinerários terapêuticos constituem ferramenta importante na compreensão das necessidades em saúde das pessoas, podendo ser entendidos como a busca dos indivíduos por determinadas formas de tratamento (GERHARDT, 2006). Estes, permitem a observação do percurso do paciente pelo sistema de saúde, além dos seus aspectos sociais e culturais, mediante o processo de seu adoecimento.

Diante do exposto, o estudo em desenvolvimento pretende encontrar respostas para a seguinte questão: quais os itinerários terapêuticos de portadores de hanseníase em uma unidade básica de saúde?

A proposta para desenvolvimento desse estudo surgiu da observação do elevado quantitativo de portadores de hanseníase no município em que resido, Bonito de Santa Fé – Paraíba. Embora, se tenha avançado muito nos aspectos diagnósticos e de tratamento da hanseníase, ainda é frequente o surgimento de novos casos na cidade, despertando-me o interesse pela temática, a fim de conhecer a realidade dos portadores da doença na busca pelos cuidados terapêuticos.

Acredita-se que ao estudar os itinerários terapêuticos dos portadores de hanseníase, é possível compreender como as pessoas constroem seus próprios caminhos no enfrentamento para a cura da doença mediante os estigmas sociais da enfermidade. Dessa forma, ao conhecer a realidade dos portadores, será ampliado o conhecimento sobre os desafios para o controle da doença, de modo a obter informações que possam subsidiar possíveis ações que contribuam para o diagnóstico mais precoce, além de reconhecê-los como agentes na construção de sua autonomia, promovendo as escolhas sobre os cuidados e os tratamentos que irão realizar.

Nessa perspectiva, o objetivo dessa pesquisa é traçar o itinerário terapêutico de portadores de hanseníase em uma unidade básica de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

2.1.1 Definição

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, mais conhecido como Bacilo de Hansen. Doença infecciosa crônica de alta infectividade e baixa patogenicidade que apresenta um longo período de incubação, em média de dois a sete anos. O bacilo se manifesta, principalmente, através do comprometimento dermatoneural, sendo os sinais e sintomas mais evidentes as manchas, falta de sensibilidade, câimbras, dores musculares, espessamento de nervos, limitações na visão, marcha com dificuldade e encurtamentos de nervos, músculos e articulações (BRASIL, 2010).

A hanseníase representa uma constante preocupação para a saúde pública no Brasil, tanto pela amplitude das consequências físicas e socioeconômicas, quanto pelos níveis endêmicos em vários estados. De acordo com Ferreira (2012), os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2011, identificaram que foram registrados 219.075 casos novos de hanseníase no mundo, dos quais 58,0% aconteceram na Índia, 16,0% no Brasil e 9,0% na Indonésia. A prevalência de hanseníase, por meio da distribuição mundial dos coeficientes, revelou que, em 2011, foram registrados de um a dois casos de hanseníase no Brasil a cada 10.000 habitantes.

O Brasil destaca-se como o segundo país em número de casos novos de hanseníase, com aproximadamente 15% de todos os casos diagnosticados por ano no mundo. Em 2011 registrou-se 33.955 casos novos sendo que 6,3% (2.135 casos) diagnosticados com grau 2 de incapacidade física. No mundo, ainda no mesmo ano, dados da OMS, mostraram que foram registrados 219.075 casos novos, desses 5,6% (12.225 casos) foram diagnosticados com grau 2 de incapacidade física, que indica presença de uma lesão ou incapacidade visível, sendo considerada uma incapacidade grave (BRANDÃO, 2013).

Historicamente, a hanseníase é uma doença carregada de preconceito e o estigma ainda acompanha inúmeros pacientes mesmo após a cura, principalmente quando há alguma incapacidade física (MELLAGI; MONTEIRO, 2009). O impacto da doença pode ser observado por alterações na coloração da pele, aparecimento de manchas hipocrômicas ou

hipercrômicas; pelo comprometimento neural, ao apresentar diminuição ou perda de sensibilidade e função nos locais afetados, o que pode resultar em incapacidades físicas, como as advindas de reabsorções ósseas em mãos e pés, perda de movimentos, úlceras de grande extensão na pele, bem como úlceras de córnea e outras alterações oculares (BRASIL, 2008).

2.1.2 Classificação

De acordo com Boechat e Pinheiro (2012), a classificação operacional da hanseníase, adotada pelo Ministério da Saúde, é a de Madri, que diferencia os pacientes acometidos pela doença e indica um tratamento diferenciado para os 2 tipos: 1) paucibacilares (PB) - casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido e 2) multibacilares (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido e com baciloscopia positiva.

Segundo Silva et al. (2013) o contágio da hanseníase se dá através do contato de pessoa a pessoa, de uma pessoa doente, que elimina o bacilo para o meio exterior de forma a contagiar pessoas susceptíveis, tendo como a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada as vias aéreas superiores. Dentre as pessoas que adquirem a infecção, algumas apresentam resistência ao bacilo, constituindo os casos paucibacilares (PB), que abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas. Entretanto, um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo e, este se multiplica no organismo do hospedeiro passando a ser eliminado para o meio exterior, infectando outros indivíduos, que são os casos multibacilares (MB), fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2006).

Os indivíduos que apresentam a forma MB são os que exigem grande atenção, pois constituem maior meio de transmissão, pois eliminam o bacilo, através das vias aéreas superiores, durante contatos frequentes. Já as pessoas acometidas pela forma PB não são consideradas importantes fontes de infecção devido à baixa carga bacilar. A hanseníase não é de transmissão hereditária, congênita ou sexualmente transmissível. Existem ambientes propícios, que aumentam as chances de infecção, que são ambientes fechados, com pouca luz solar, ausente de ventilação e o contato direto e prolongado com portadores do *M. Leprae*, sem tratamento (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Quanto aos aspectos bacteriológicos, imunológicos e histológicos, a hanseníase pode se apresentar de quatro formas clínicas: indeterminada (HI), tuberculoide (HT), virchoviana (HV) e dimorfa (HD). Araújo (2003) afirma que cada forma apresenta características específicas, conforme descrita abaixo:

- Hanseníase Indeterminada (HI)

Apontada como a primeira manifestação clínica da hanseníase e não transmissível, tem como característica máculas hipocrômicas ou áreas circulares aparentemente normal na pele, com alterações na sensibilidade, não havendo comprometimento de troncos nervosos, não tendo, assim, ocorrência de incapacidades e deformidades. Pode evoluir para a cura espontânea ou para outra forma clínica em poucos meses ou em anos (ARAÚJO, 2003).

- Hanseníase Tuberculoide (HT)

Nessa forma clínica, o grau de resistência do indivíduo ao bacilo é grande, e alguns casos evoluem para cura espontânea. A hanseníase tuberculóide caracteriza-se por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanhos variados, bem delimitados e de tom castanho, com bordas cheias ou mais ou menos elevada, com centro plano e hipocrômico, distúrbios acentuados de sensibilidade nas lesões e acometimento de troncos nervosos superficiais ou profundos bem como os comprometimentos neurológicos, específicos dessa forma clínica. A baciloscopia é negativa e a histopatologia revela granulomas tuberculóides. A reação de Mitsuda é sempre positiva forte. Os casos tuberculóides são considerados como paucibacilares para tratamento, assim como a hanseníase indeterminada (ARAÚJO, 2003).

- Hanseníase Virchoviana (HV)

A hanseníase virchoviana apresenta baciloscopia fortemente positiva. Consiste em foco infeccioso ou reservatório da doença, contribuindo para sua multiplicação e disseminação. A HV é uma forma multibacilar, caracterizando-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, com aparência de face leonina, podendo ainda afetar outros órgãos. Os membros também são atingidos, com comprometimento das superfícies extensoras, articulações, dorso das mãos e extremidades. Com a evolução da doença, pode haver comprometimento de múltiplos troncos nervosos levando à perda da função, atrofia muscular, paralisias, deformidades e contraturas. Na forma avançada da doença, o trato respiratório superior está envolvido, ocasionando perfuração septal e deformidade nasal (ARAÚJO, 2003).

- Hanseníase Dimorfa (HD)

Apresenta aspectos de HV e HT, com grande variação em suas manifestações clínicas tais como numerosas lesões na pele e nervos, com comprometimento sistêmico. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas, ocasionando com frequência incapacidade física e deformidades em seus portadores (ARAÚJO, 2003).

A doença pode ser altamente incapacitante e deformante, quando não diagnosticada e tratada de forma precoce. O grau de incapacidade é determinado por meio da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés, sendo o resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a II (dois), em que : 0 – significa que não há presença de comprometimento neural; I – há diminuição ou perda da sensibilidade; II – há presença de incapacidades e deformidades (BRASIL, 2010a).

A incapacidade física em hanseníase, geralmente, ocorre em decorrência de diagnóstico tardio, falta de tratamento e acompanhamento adequado, dentre outros fatores, de modo a interferir diretamente na qualidade de vida do indivíduo, levando-o, algumas vezes, ao isolamento social (MANTELLINI; GONÇALVES; PADOVANI, 2009).

2.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase apresenta algumas dificuldades, sendo muitas vezes confundido com algumas dermatoses, ocasionando o diagnóstico tardio da doença. A demora no início do tratamento pode causar importantes sequelas físicas, deixando o paciente com limitações nas atividades da vida diária. A importância do diagnóstico precoce consiste no controle da neuropatia silenciosa, o qual impede a instalação de um grau de incapacidade permanente (MARTINS E IRIART, 2014).

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico. Deve abranger o conhecimento da história e condições de vida do paciente, o exame dermatológico para identificar as lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e o exame neurológico para detectar o comprometimento neural. O diagnóstico laboratorial, por meio do exame baciloscópico pode ser feito de forma complementar (BRASIL, 2010a).

2.1.4 Tratamento

Para os casos paucibacilares, é utilizada a poliquimioterapia paucibacilar (PQT-PB) durante seis meses. É administrada dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina combinada com 100mg de dapsona e doses diárias de dapsona na mesma dosagem por seis meses podendo ser administradas em até nove meses. Para os pacientes multibacilares, é utilizada a poliquimioterapia multibacilar (PQT-MB) por 12 meses. A dose mensal supervisionada é composta por 600mg de rifampicina, 300mg de clofazimina e 100mg de dapsona. As doses diárias de dapsona e clofazimina devem ser concluídas em 12 meses podendo ser administradas em até 18 meses. Para as crianças, os medicamentos são os mesmos, entretanto com dosagens reduzidas (BRASIL, 2010a).

Segundo Ferreira (2012), as vantagens dos esquemas de PQT são evitar a resistência medicamentosa, reduzir a duração e os custos do tratamento, aumentar a adesão dos pacientes e a motivação das equipes de saúde, aumentar o contato dos profissionais de saúde com os pacientes, bem como a prevenção de incapacidades. O tratamento com a PQT recomendada pela OMS é eficaz e bem tolerado, entretanto, uma vigilância contínua é necessária para detectar recidivas e garantir a boa adesão dos pacientes ao tratamento.

2.1.5 Episódios Reacionais

Os episódios reacionais são eventos imunoinflamatórios agudos, que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento específico. A reação tipo 1, reação reversa, ocorre com maior frequência na forma dimorfa. Caracteriza-se por manifestações na pele e nos nervos periféricos. São mais frequentes durante a PQT e muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos, ocorrendo dor e alteração sensitivo-motora. As lesões existentes ficam inflamadas, eritematosas e edemaciadas, dificilmente causando mal estar generalizado (PIMENTEL et al., 2004).

O comprometimento neural pode ocorrer durante todo processo da doença, podendo resultar em incapacidades e sequelas irreversíveis. A perda da função sensitivo-motora ocasionada por quadros de neuropatias é uma das mais frequentes e graves complicações da reação tipo 1, com maior comprometimento do nervo tibial e fibular posterior (BRANDÃO, 2013).

A reação tipo 2, eritema nodoso hansênico, caracteriza-se por uma inflamação aguda que envolve a formação de imunocomplexos circulantes no sangue periférico. Acomete preferencialmente pacientes multibacilares com alta carga bacilar agravando o quadro relacionado à doença e sendo responsável por considerável morbidade (PIMENTEL et al., 2004). Caracteriza-se por nódulos vermelhos e inflamados de 1 a 2 cm de largura que surgem sob a pele dos membros ou tronco, ficando as lesões hansênicas inalteradas. As lesões são dolorosas e tensas ao toque, podendo tornar-se hemorrágicas, vesicobolhosas, pustulares e ulcerativas (BRANDÃO, 2013).

Nessa situação pode haver comprometimento de outros órgãos, mal estar generalizado e febre. Pode manifestar-se após término do tratamento, por período superior a cinco anos. Nesse tipo de reação, há o envolvimento de poucos nervos e as alterações sensitivo-motoras acontecem de maneira mais lenta (GONÇALVES, 2013).

2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui o atual cenário da atenção primária à saúde no Brasil, com a finalidade de reorientar o modelo assistencial e consolidar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF pauta-se nos princípios da família como foco de abordagem, território definido, adscrição da clientela, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, trabalho em equipe multidisciplinar, co-responsabilização e estímulo à participação social (LANZA; LANA, 2011).

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (FIGUEIREDO, 2014).

As ações de prevenção e controle da hanseníase estão baseadas na realização da detecção precoce e oportuna de novos casos, no tratamento com a PQT, na vigilância dos contatos domiciliares, na prevenção de incapacidades e na reabilitação (BRASIL, 2010b). Para que esses objetivos sejam alcançados, é necessário assegurar que as atividades de controle estejam descentralizadas na atenção primária à saúde (LANZA; LANA, 2011).

Segundo Saltarelli (2011) até o momento, as estratégias vigentes para o controle e eliminação da doença, embora tenham apresentado resultados positivos, são ainda

insuficientes. A principal estratégia dos serviços de saúde do Brasil para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se no princípio da descentralização, que propõe a integração das ações de controle da hanseníase na programação das atividades das Equipes Saúde da Família, constituindo-se assim em uma rede de cuidados e atenção integral.

De acordo com Arantes et al. (2010) apesar de todos os avanços na assistência ao paciente com hanseníase, percebe-se que o diagnóstico ainda é tardio: cerca de um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A demora nesse diagnóstico pode ser influenciada pela busca tardia por atendimento, pela dificuldade em se encontrar serviços ou profissionais capacitados para detectar a doença e pela falta de informação sobre os sinais e sintomas da doença. Assim, no Brasil, 5,7% das pessoas que descobrem ter hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades que poderiam ser evitadas.

O Enfermeiro, por sua vez, tem um papel essencial no processo de trabalho em hanseníase, sendo responsável pelo planejamento, execução das ações de assistência e controle dos pacientes e dos contatos. É também responsável por realizar o primeiro atendimento a esse cliente hanseniano, sendo importantíssimo ao desenvolver seu papel na escuta, na valorização das queixas e na educação em saúde (LANZA; LANA, 2011).

As ações de sensibilização da comunidade são fundamentais no alcance do controle efetivo da doença em função do longo período de incubação da hanseníase, visto que a realização das ações educativas objetivam aumentar a autosuspeição, a detecção de casos e a divulgação dos serviços de saúde (SILVA et al., 2009).

As práticas de controle da doença no território fora do ambiente da unidade de saúde, como no domicílio, introduz um novo conceito na forma de fazer saúde. Assim, a abordagem dos aspectos sociais, econômicos e hábitos de vida dos doentes precisam ser valorizados sistematicamente nos atendimentos dos profissionais da atenção primária (LANZA; LANA, 2011).

Para Moreno, Enders e Simpson (2008), há a necessidade da continuação da educação permanente dos profissionais das ESFs, com enfoque em hanseníase, considerando a sua importância para a saúde pública brasileira. Assim, as autoras afirmam que o caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.

2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Os itinerários terapêuticos (ITs) constituem ferramentas importantes para compreender as necessidades em saúde das pessoas e podem ser entendidos como a busca de cuidados terapêuticos pelos indivíduos (GERHARDT, 2006).

Os ITs permitem a visualização da trajetória do paciente e família pelo sistema de saúde, além dos seus aspectos sociais e culturais, diante da situação de adoecimento. Sendo assim, o diagnóstico precoce da hanseníase envolve fatores, tais como as decisões tomadas pelo indivíduo e família quando os sinais e/ou sintomas surgem, o acesso aos serviços de saúde e a qualificação profissional (FUNDATO et al., 2012).

As primeiras discussões sobre ITs tiveram início através de estudos socioantropológicos na década de sessenta do século passado. Estes buscavam, de forma pragmática, compreender como os indivíduos orientavam suas escolhas de tratamento de saúde. Consistia em uma investigação mais apurada sobre como as pessoas e as sociedades elaboravam diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças, assim como as maneiras de busca de resoluções de seus padecimentos e maneiras de se comportarem nesses momentos (FERREIRA; SILVA, 2012).

Arthur Kleinman com a finalidade de identificar como os indivíduos pensam sobre o cuidado à saúde, suas opiniões, decisões, expectativas e avaliações, propôs um modelo conceitual denominado sistema de cuidado à saúde. Esse sistema, por sua vez, fornece às pessoas caminhos para a interpretação de sua condição e ações possíveis na busca do tratamento para sua doença (MATOSINHO; SILVA, 2007).

De acordo com Kleinman (MATOSINHO e SILVA, 2007) o sistema de cuidado à saúde é constituído internamente pela interação de três subsistemas:

O Subsistema Familiar é a arena da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista, onde as doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas. Esse subsistema inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. É nesse subsistema que a doença é identificada e as primeiras decisões e ações são efetuadas, dando início ao processo terapêutico. **O Subsistema Profissional** consiste das proposições de cura organizadas, legalmente reconhecidas, com aprendizagem formal e com registros sistemáticos extremamente desenvolvidos. Na maioria das sociedades, a biomedicina é dominante, embora existam outros sistemas médicos profissionais, como a medicina chinesa tradicional. **O Subsistema Popular** consiste de especialistas de cura não-formais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seus conhecimentos. Têm amplo reconhecimento pela sociedade e, geralmente, estão ligados ao subsistema familiar.

O IT inclui uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapia

adequada. Inclui tanto o percurso feito na busca de tratamento e cura da doença, quanto as avaliações dos diferentes resultados obtidos (MATTOSINHO; SILVA, 2007).

Para Favoreto (2006) o IT é o desenho de busca de cuidados que surge dos relatos dos sujeitos que, quando expressadas de forma oral não apresentam ordem cronológica, em virtude da visão que as pessoas têm sobre o tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista.

Apesar de existirem grandes avanços científicos no que diz respeito ao tratamento do portador de hanseníase, deve-se levar em consideração que o diagnóstico precoce e o tratamento envolvem a percepção ou interpretação que cada indivíduo e família têm em relação aos sinais e sintomas no processo saúde-doença, alicerçadas em noções compartilhadas sobre o corpo e seu funcionamento, bem como a sua gravidade. Esse processo não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde no planejamento e implementação de medidas de intervenção, sejam elas voltadas à promoção da saúde ou ao diagnóstico precoce e tratamento das doenças. Nesse aspecto, a utilização dos IT constitui importante ferramenta essencial para compreender o movimento dos pacientes e família em busca de saúde (FUNDATO et al., 2012).

Apesar de existirem protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial (CORREA, 2010), os indivíduos desenharam através de suas escolhas os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial, emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais (FERREIRA; SILVA, 2012).

Para Martins e Iriart (2014), as narrativas dos pacientes relevam o impacto assolador da doença na vida cotidiana dessas pessoas, tanto no que diz respeito ao estigma e ao preconceito quanto às limitações físicas decorrentes do diagnóstico tardio. Este, parece estar associado, de um lado, à falta de capacitação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde para diagnosticar precocemente a doença e, de outro lado, ao estigma e ao preconceito associados à hanseníase, que favorecem o silêncio em torno da doença e a prática da automedicação, os quais contribuem para o agravamento dos sintomas antes da busca de ajuda médica.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo coerente com os princípios da abordagem compreensiva. Escolhemos a metodologia da análise de conteúdo de Laurence Bardin por entender que seria a mais adequada para buscar a compreensão da experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico (BARDIN, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Jardim das Neves, localizada no município de Bonito de Santa Fé – Paraíba. A unidade funciona 05 dias por semana, nos dois turnos, e conta com um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um atendente de saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, um porteiro e 06 agentes de saúde.

A decisão por realizar a pesquisa nessa unidade se deu pelo fato de conhecer a equipe da unidade de saúde e a comunidade abrangente, possibilitando melhor aplicação do questionário, visto que os entrevistados teriam mais naturalidade e desinibição para falar sobre sua doença.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para o estudo foi constituída por 10 pacientes com diagnóstico de hanseníase entre 2005 e 2012. Para a seleção dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos, ter seguido o tratamento na Unidade Básica de Saúde e se disponibilizar a participar da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa buscou refletir a heterogeneidade dos pacientes levando em conta: gênero, faixa etária, escolaridade, renda, estado civil e ocupação. As entrevistas foram gravadas no

gravador do celular da pesquisadora e tiveram, em média, duração aproximada de uma hora e foram realizadas na sala da enfermagem, cedida fora do horário de atendimento normal.

No contato com os pacientes, a autora se apresentou como estudante da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. A relação com os pacientes entrevistados foi muito tranquila e eles se mostraram muito à vontade para responder às questões norteadoras nas entrevistas.

A coleta foi realizada no mês de agosto do corrente ano com a permissão do Secretário Municipal de Saúde da Cidade de Bonito de Santa Fé, sendo o mesmo já encaminhado para aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), a entrevista narrativa pode ser considerada uma entrevista com perguntas abertas. A partir de questões iniciais disparadoras, o pesquisador deixa o entrevistado falar livremente e vai encorajando-o a aprofundar os temas que surgem no fluxo da conversa. O instrumento de coleta foi através de questões abertas norteadoras nas quais foram: Quando o senhor(a) descobriu que estava doente? Como foi sua trajetória na busca do tratamento? O que mudou em sua vida após o diagnóstico?

Após a categorização dos grupos, os resultados foram analisados conforme a literatura pertinente.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa respeitou toda e qualquer limitação prevista em Lei.

As pesquisas com seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentadas, na qual o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes deverão ser tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados.

Variáveis	n
Gênero	
Masculino	6
Feminino	4
Idade	
20 - 29 anos	2
30 - 39 anos	1
40 - 49 anos	1
50 - 59 anos	2
60 - 69 anos	2
70 - 79 anos	2
Escolaridade	
Analfabeto	5
Ensino Fundamental I	4
Ensino Fundamental II	1
Estado Civil	
Solteiro	1
Casado	7
Separado	2
Renda Familiar	
½ Salário	2
1 Salário	5
2 Salários	2
Ocupação	
Agricultor	3
Aposentado	3
Do lar	2
Desempregado	2

Fonte: Coleta de dados, 2014.

Conforme tabela 1, os sujeitos participantes do estudo tinham idade entre 23 e 74 anos. Quatro tinham ensino fundamental incompleto, cinco eram analfabetos e apenas um tinha ensino fundamental. Sete desses indivíduos eram casados, dois separados e um solteiro. Cinco declararam ter renda de um salário mínimo, dois metade de um salário mínimo e dois ganhando dois salários mínimos. Os que exerciam algum tipo de atividade remunerada relataram a ocupação de agricultor. Quatro pacientes estavam aposentados, um desempregado e duas pacientes se definiram como “do lar”.

A análise das entrevistas buscou evidenciar os significados que orientaram as escolhas terapêuticas dos pacientes e sua experiência da enfermidade. Os resultados foram separados em três categorias como veremos a seguir.

4.2 DESCOBERTA DA DOENÇA

Na antropologia médica, para que se descreva o itinerário terapêutico é necessário que o paciente reconheça que tem um problema e o identifique como um problema de saúde (KLEINMAN, 1978). Os principais sinais que levaram os entrevistados a buscar ajuda terapêutica foram a presença de manchas esbranquiçadas e posterior hiperemia, insensibilidade, edema e prurido como mostram as falas a seguir:

“Descobri através de umas manchas tipo pano branco que saíram em mim, não doiam nada.” (E9)

“Apareci com várias manchas avermelhadas que no dia seguinte amanheciam pretas.” (E7)

“Começou com umas manchas vermelhas.” (E3)

A percepção de sinais (manchas, inchaços) e sintomas (dores, formigamento) caracteriza-se como primeiro contato com os mais diversos tipos de doenças. Estes são essenciais para que se elabore a representação da doença, em seguida servindo de guia para a tomada de ação quanto ao seu enfrentamento. De acordo com Fundato et al. (2012) a percepção dos sinais, sintomas e a interpretação de estado de saúde sofrem influências sociais e culturais, além da posição ocupada pelo indivíduo na estrutura social.

No caso dos pacientes com hanseníase, os sinais e sintomas são fatores desencadeantes e determinantes para que estes tomem alguma providência, seja o autotratamento ou a procura direta por serviços de saúde. Deste modo, a interpretação individual da experiência e as crenças vividas pelos sujeitos darão significado ao seu comportamento posterior, seja ele recorrer ao autotratamento ou a um apoio especializado na tentativa de solucionar problemas de saúde (COLETTI; CÂMARA, 2009).

O estigma e o preconceito relacionado à hanseníase contribuem para que se oculte a doença e desconheçam os sintomas que a caracterizam na população o que leva a não buscar pelos serviços de saúde. Dois dos entrevistados já haviam convivido com pessoas infectadas, um com o filho e outro com a esposa. Os demais não citaram conhecer indivíduos com hanseníase.

4.3 TRAJETÓRIA NA BUSCA DO TRATAMENTO

Após o início dos sinais e sintomas, a maioria dos pacientes procurou a unidade de saúde para que fosse identificada a patologia e prescrito o tratamento adequado. Outro resolveu procurar um dermatologista, sendo diagnosticado com hanseníase e encaminhado a unidade de saúde para iniciar o tratamento. Outros não deram importância aos sinais e sintomas iniciais, recorrendo aos serviços de saúde apenas quando o quadro clínico estava se agravando. Em um dos casos, a paciente foi diagnosticada ao ir à unidade de saúde realizar o pré-natal.

“Resolvi ir ao posto e deu positivo. Logo iniciei o tratamento e as manchas desapareceram, ainda hoje sinto dores e sempre tomo o remédio.” (E4)

“Logo fui ao posto de saúde. Já fiz os exames e deu hanseníase, logo comecei o tratamento e fui curado.” (E5)

“Logo procurei o posto de saúde e fiz os exames, deu positivo em seguida comecei o tratamento que foi durante seis meses e tive alta por cura.” (E10)

“Resolvi procurar um especialista (dermatologista) e o mesmo descobriu. Ele me encaminhou para o posto de saúde e lá eu fiz o tratamento, fiquei curado, mais continuo com alguns sintomas como dor nos nervos e umas quinturas.” (E3)

Segundo o Ministério da Saúde, o diagnóstico da hanseníase deve ser realizado durante as atividades diárias dos serviços de saúde à população que juntamente com tratamento imediato da poliquimioterapia (PQT) são fundamentais para quebrar a cadeia de transmissão da doença. O diagnóstico clínico da hanseníase pode ser determinado através da anamnese e exame físico minucioso, posteriormente deve ser realizado também o diagnóstico laboratorial e diferencial (BRASIL, 2005).

Para Opromolla (2000 *apud* Souza, 2013) o diagnóstico clínico é uma das ferramentas utilizadas para detectar a hanseníase mediante o surgimento de lesões cutâneas, sendo que estas podem ocorrer após lesões do nervo. Deste modo, na presença de uma lesão suspeita, realiza-se uma anamnese minuciosa, com história completa e avaliação dermatoneurológica, verificando a existência de alterações de sensibilidade em determinada área da pele e/ou mancha. Para auxiliar no diagnóstico clínico em formas avançadas da hanseníase dispõe-se de ferramentas laboratoriais como a pesquisa de BAAR (baciloscopia) e a biópsia.

“Mesmo assim não se importou. Fui ao posto fazer meu pré-natal e vi um cartaz da hanseníase e vi que eram parecidos com os sintomas, eram iguais. Falei com a médica, ela fez o teste da agulha e logo diagnosticou, logo comecei o tratamento no posto.” (E2)

“Eu tinha dezesseis anos, comecei a sentir dor nos ossos, inchaços, meu rosto estourou, as unhas caíram e com mais ou menos um ano procurei o posto. Eles me encaminharam para João Pessoa, foi onde comecei o tratamento. Antes não procurei nenhum outro tipo de tratamento.” (E6)

De acordo com Simpson, Fonsêca e Santos (2010) caso a doença não seja tratada, surgem lesões nos nervos (principalmente nos troncos periféricos) que acabam acarretando incapacidades e deformidades. Estas, por sua vez são responsáveis pelo preconceito que recai sobre os pacientes.

Importante ressaltar que o conhecimento e conduta adotada pelos profissionais de saúde diante da maioria dos pacientes com hanseníase na unidade de saúde foram eficazes para diagnóstico imediato e início da PQT, porém alguns profissionais ainda permaneceram inseguros para diagnosticar a doença. Em alguns dos casos, o paciente buscou a unidade de saúde mas o diagnóstico foi realizado de forma equivocada. Um dos pacientes foi diagnosticado com alergia, dando início ao tratamento, no entanto, as manchas só aumentavam. Assim, realizaram vários exames para que identificassem a hanseníase. Tais situações podem ser observadas nos seguintes depoimentos:

“Logo procurei o posto de saúde, isso foi em setembro de 2007, comecei a tomar os remédios para alergia e foi que as manchas aumentaram. depois passaram vários exames e não acusou nada, quando foi no final de novembro do mesmo ano fiz mais exames, aí acusou hanseníase e comecei o tratamento em dezembro.” (E1)

“Fui ao posto e não descobri. Resolvi ir a João Pessoa.” (E7)

Observa-se nos relatos dos pacientes, que parte do atraso no diagnóstico decorreu de falhas no sistema profissional, caracterizando-se por erro na definição do diagnóstico. O atraso no diagnóstico pode estar relacionado a diferentes fatores sociais, culturais e econômicos, tanto por parte dos pacientes e familiares quanto do próprio sistema de atenção à saúde. Além disso, é necessário considerar o curso biológico da doença, pois quanto mais se atrasa o diagnóstico, mais avançada se encontrará a doença e maiores serão as sequelas. (FUNDATO *et al.*, 2012).

Para Martins e Iriart (2014), o diagnóstico tardio após a busca dos pacientes aos serviços de saúde parece encontrar-se, principalmente, na falta de capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas e centros de saúde para realização do diagnóstico precoce.

Pereira *et al.* (2008) afirmam que a capacitação dos profissionais que realizam assistência em hanseníase constitui um dos resultados esperados com o desenvolvimento do

Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, estabelecido pelo Ministério da Saúde. Atividades educativas que explorem a vivência diária da equipe e suas dúvidas mais comuns fariam a função de nortear esses profissionais quando no exercício de sua profissão, de modo a melhor assistir os pacientes.

4.4 MUDANÇAS NA VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

No que diz respeito às mudanças na vida após o diagnóstico, alguns relataram não ter havido modificações, pois receberam o apoio da família e permaneceram na sua rotina de trabalho.

“Na minha vida não mudou nada, não senti nenhum tipo de preconceito. A minha família me deu muito apoio e nenhum momento parei de trabalhar.” (E5)

“A minha vida não mudou em nada, não sou a primeira, nem a última que tem essa doença. Tem bem uns vinte casos aqui no bairro.” (E4)

“Não mudou quase nada, fiquei meio debilitada mais dava pra ir fazendo minhas obrigações. Na família não houve nenhum preconceito.” (E7)

“Não mudou nada na minha vida, quase ninguém sabia que eu tinha, era apenas uma mancha eu nem me importei.” (E10)

Entretanto, outros citaram mudanças em virtude da debilidade circunstanciada pela doença e, também pelo desconforto ocasionado pelo preconceito ainda hoje existente ao se tratar da hanseníase. Enfrentaram algum tipo de preconceito e estigma após a revelação do diagnóstico. Pararam de trabalhar, foram discriminados em sua própria família e vizinhança.

Perpassando as narrativas, transparece o medo do contágio associado à doença que não cede mesmo após o paciente estar em tratamento ou curado. Palmeira, Queiroz e Ferreira (2012), em estudo realizado em uma unidade de referência especializada em dermatologia sanitária apontam que no imaginário das pessoas a hanseníase se transmite através do beijo, do toque e do uso em comum de objetos domésticos. A pessoa que teve hanseníase fica estigmatizada como uma fonte de contágio em potencial, provocando receio e atitudes defensivas por parte das pessoas.

“Fiquei muito preocupado, houve muito preconceito. Parei de trabalhar, fiquei sem andar e até para tomar banho minha esposa era quem me ajudava. Fiquei muito dolorido e até hoje não tenho forças.” (E1)

“Mudou tudo, devido o preconceito, até minhas amizades se afastaram com medo de pegar. Só minha família me apoiou. Quando o povo sabia que eu tinha hanseníase me tratavam como bicho, ficavam todos com a cara virada, quando eu ia no carro, as pessoas se afastavam de mim com medo de pegar.” (E2)

“Os vizinhos tinham muito preconceito, mandava minha mãe separar tudo que eu usasse, mais eu nem ligava a opinião dos outros. Não mudou nada em minha vida.” (E6)

Esta doença causa grande prejuízo para a vida diária das pessoas e as relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar vinculados ao prejuízo físico, o que causa grande impacto social e psicológico.

De acordo com Nunes, Oliveira e Vieira (2008), o estigma da hanseníase está estreitamente relacionado ao passado da doença, antigamente conhecida por lepra, em que não havia tratamento e os indivíduos portadores eram isolados da sociedade para evitar a transmissão para outras pessoas. Assim, a alteração do nome de lepra para hanseníase se deu na tentativa de amenizar o estigma da doença, no entanto, isso não se deu plenamente como esperado. Ainda persiste a falta de informações corretas sobre a hanseníase entre os portadores e a comunidade, ocasionando situações preconceituosas e conduzindo os indivíduos a impacto psicológico: o medo, o desânimo, o nervosismo e o sofrimento.

Cid et al. (2012) identificaram que o estigma ainda é um forte impedimento para a eliminação da doença e que muitos indivíduos doentes, ou em tratamento, correm o risco de perder seu emprego e de serem rejeitados. Para Martins e Iriart (2014) a abordagem do estigma é importante como categoria de análise para se compreender a experiência social da hanseníase. Por meio do estudo antropológico se buscará uma compreensão das questões sócio culturais, históricas e políticas vivenciadas pelos indivíduos doentes.

Tratando das limitações e incapacidades da hanseníase, Fuhr e Taglietti (2013) ao realizar uma revisão da literatura sobre as incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no país, no período de 2002 a 2012, observaram que a população relaciona a incapacidade diretamente à doença, pois quando comparada a outras enfermidades, ela é a que causa maior invalidez nos pacientes. Deste modo, o diagnóstico precoce da hanseníase ainda é a forma mais eficaz de se evitar ou diminuir essas deficiências, sendo que o tratamento é a forma mais eficiente de se evitar a neuropatia. Não obstante, o monitoramento da força muscular e da sensibilidade é um grande aliado na prevenção e na recuperação das atividades de vida diárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que as decisões na busca de cuidados e tratamentos da doença são influenciadas pela maneira com que as pessoas interpretam sua origem, importância e o efeito desta sobre seus comportamentos e relacionamentos. O itinerário terapêutico, por sua vez, inicia-se com a percepção de que algo não está bem, trazida por manifestações físicas que interferem no dia-a-dia dos indivíduos. Nesse momento, os portadores de hanseníase começam a refletir sobre o que pode estar causando tais manifestações e arriscam fazer algum diagnóstico, iniciando em seguida a busca por cuidados e tratamentos.

Os resultados do estudo apontam para a permanência da hanseníase enquanto um problema de saúde pública na realidade do município de Bonito de Santa Fé, afetando pessoas de diferentes classes sociais. Ao analisarmos os conteúdos das entrevistas dos pacientes, constatou-se que ser portador de hanseníase, mesmo na atualidade, é estar vulnerável à discriminação e preconceito da sociedade. Embora a hanseníase, uma vez tratada, possua chances significativas de cura e não apresente contágio, ainda persiste uma situação de estigma em relação à doença e relevam um impacto devastador na vida cotidiana dessas pessoas, tanto no que diz respeito ao estigma e ao preconceito quanto às limitações físicas decorrentes do diagnóstico tardio.

Segundo relatos dos pacientes cujos casos serviram de base para este trabalho, o tempo médio de diagnóstico foi curto e mesmo os que tiveram diagnóstico tardio, este parece estar associado, de um lado, à falta de capacitação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde para diagnosticar precocemente a enfermidade e, de outro lado, ao estigma e ao preconceito associados à hanseníase, que favorecem o silêncio em torno da doença, o que contribui para o agravamento dos sintomas antes da busca de ajuda médica.

Portanto, é eminente a necessidade de um olhar atento de todos profissionais que trabalham nos serviços de atenção à saúde, principalmente os que atuam na atenção primária, para a minimização do preconceito através da Educação em Saúde, pois orientando a população sobre a transmissão, tratamento, e ressaltando a cura, obter-se-á entendimento a respeito da doença, com consequente redução do estigma, possibilitando melhor enfrentamento por seus portadores e a sua reintegração à sociedade.

Espera-se que com este trabalho seja possível contribuir para um melhor entendimento quanto a busca de tratamento dos portadores de Hanseníase pela comunidade acadêmica e de saúde bem como suscitar um maior interesse na temática pelos estudantes de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 19, n. 2, jun. 2010.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373-382, mai./jun. 2003.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev. Virtual Quim.**, v. 4, n. 3, p. 247-256, 2012.

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**. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Caderno 7. 7ª ed., Brasília – Ministério da Saúde, 2010a, p. 816.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília; 2006.

_____. **Portaria n. 3.125 de 7 de outubro de 2010**: aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase [online]. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formularios_portaria_n3125_hanseníase.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2014.

BRITO, K. K. G.; SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L.; OLIVEIRA, S. H. S. Práticas e limitações de clientes com hanseníase no cuidar das lesões cutâneas. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 1, p. 16-7, Recife, jan. 2014.

CID, R. D. S.; LIMA, G. G.; SOUZA, A. R.; MOURA, A. D. A. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1004-14, 2012.

COLETTTO M, CÂMARA S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. **Diversitas perspectiv psicol.** v. 5, n. 1, p. 97-110, 2009.

CORREA, D. O. **Gestão local:** respostas aos desafios da AIDS no Brasil - Análise do Programa Municipal de DST/AIDS de Juiz de Fora/MG. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

FAVORETO, C. A. O. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Abrasco, p.185-204, 2006.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. da. Caminhos do cuidado - itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.11, Rio de Janeiro, nov. 2012.

FERREIRA, I. P. S. **Estudo do perfil e da satisfação com o tratamento dos pacientes do ensaio clínico “estudo independente para determinar efetividade do esquema uniforme de multidrogaterapia de seis doses (u-mdt) em pacientes de hanseníase (u-mdt/ct-br).** Dissertação [Mestrado em Medicina Tropical] - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FIGUEIREDO, E. N. de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 31 mai. 2014.

FUHR, L. TAGLIETTI, M. Intervenção da fisioterapia nas deformidades resultantes da hanseníase. FIEP BULLETIN – volume 83- Special Edition- ARTICLE II- 2013.

FUNDATO, C. T.; PETRILLI, A. S.; DIAS, C. G.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Rev Bras Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n. 11, p. 2449-63, 2006.

GONÇALVES, S. D. Bases e Fundamentos para Prevenção de incapacidades na Hanseníase. In: LYON, S. L.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. Rio de Janeiro Medbook, p. 255-261, 2013.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. especial, p. 238-46, Florianópolis, 2011.

LINS, A. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 171-194, 2010.

MANTELLINI, G.G; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Coisa do Passado ou Prioridade na Prevenção? **Hansen Int.**, v. 34, n. 2, p. 33-39, 2009.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis**, v. 24, n. 1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2014.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.15, n.6, Ribeirão Preto nov./dez. 2007.

MELLAGI, A.G.; MONTEIRO, Y.N. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **Hist Cienc Saude** 2009; v. 16, n. 2, p. 489-504.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 671-675, nov. 2008.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm** [online], v. 61, p. 716-25, jun. 2008.

PIMENTEL, M. I. F.; NERY, J. A. C.; BORGES, E.; ROLO, R.; SARNO, E. N. Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. **Anbras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 169-179, mar./abr. 2004.

PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS; p. 185-204, 2006.

SALTARELLI, R. M. F. **Limites e possibilidades da atenção ao portador de hanseníase no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete – MG, 2011.

SILVA, F. R. F.; COSTA, A. L. R. C.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto Contexto Enferm.**; v. 18, n. 2, p. 233-40, abr./jun. 2009.

SILVA, P. L. N.; CHAGAS, R. B.; VERSIANI, C. M. C.; MACEDO, L. D. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no norte de minas gerais. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 896-07, 2013.

SIMPSON, CA, FONSÊCA, LCT E SANTOS, VRC. Perfil do doente de hanseníase no Estado da Paraíba. **Hansen Int.** 2010; 35(2), p. 33-40.

SOUZA, V. B.; SILVA, M. R. F.; SILVA, L. M. S. da 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.

SOUZA, M. M. **Rastreamento da hanseníase e infecção do mycobacterium leprae utilizando os antígenos recombinantes LID-1 e PADL.** Tese (Doutorado em Medicina e Saúde) - Universidade Federal da Bahia do Campus de Salvador, 2013.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada *“Itinerários terapêuticos de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde”*.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar sobre itinerários terapêuticos de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma unidade básica de saúde nos permite observar os caminhos percorridos pelos pacientes nos serviços de saúde e quais as formas de tratamento buscadas por essas pessoas. O objetivo dessa pesquisa é traçar o itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma unidade básica de saúde.

O (s) procedimento(s) de coleta de dados será realizado da seguinte forma: participação da pesquisa pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma unidade básica de saúde da cidade de Bonito de Santa Fé– PB, a pesquisa será realizada em visita na UBS. Os mesmos serão orientados a responder um questionário com perguntas subjetivas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Na realização dessa pesquisa não existem riscos físicos, entretanto, pode gerar ansiedade por parte dos participantes no momento de responder o questionário. Como benefícios podemos destacar a importância do aprimoramento de conhecimentos acerca da atuação do enfermeiro no atendimento às urgências nas unidades básicas de saúde.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que se trata de uma pesquisa composta por questionários contendo sua opinião sobre o atendimento da enfermagem nas urgências na unidade básica onde não será divulgada em outros meios a sua opinião.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: o senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Cada participante convidado é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador (es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser fornecidos apenas para o Sr.(a). O nome do senhor (a) ou o material que indique a vossa participação não será liberado sem a sua permissão. Senhor (a) não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste

consentimento informado, assinada pelo Sr.(a), ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais comprometendo-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Dinorah de Oliveira Ramalho Almeida - e-mail dinorahamalho@hotmail.com, ou a professora orientadora Roberta Romero de Miranda Henrique – e-mail: roberta_mhfreire@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Declaro que concordo participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cajazeiras, PB ____/____/____

_____ Nome	_____ Assinatura do Participante da Pesquisa	____/____/____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador Responsável	____/____/____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador Participante	____/____/____ Data



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES**, Professora do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me pela orientação de **DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Itinerários terapêuticos de pessoas diagnosticadas com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 08 de junho de 2014.

ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES

Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)**

Eu, **DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Ms. ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Itinerários terapêuticos de pessoas diagnosticadas com de hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde*”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 08 de junho de 2014.

DINORAH DE OLIVEIRA RAMALHO ALMEIDA

Pesquisador Participante

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 41/2014-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 01 de agosto de 2014.

Da: Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem (CCGE)
Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

AO: Secretário Municipal de Saúde de Bonito de Santa Fé-PB
Sr. José Andson Barbosa Oliveira

C. co.: Enfermeiros da UBS de Bonito de Santa Fé

Ao tempo em que cumprimentamos V. senhoria, solicitamos permissão para a aluna **Dinorah de Oliveira Ramalho Almeida**, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**, sob a orientação da professora Me. Roberta Romero de Miranda Henrique.

Atenciosamente,

RECEBIDO em
04/08/2014

PREF. MUN. DE BONITO DE SANTA FÉ-PB
José Andson Barbosa Oliveira
SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
Portaria 047/2014

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Profa. Me. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem
Mat. SIAPE: 1663760

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Coordenadora de Curso
SIAPE 1663760

⑧

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM
HANSENÍASE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

GÊNERO:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

RENDAS:

OCUPAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

QUESTÕES NORTEADORAS

1 – QUANDO O SENHOR(A) DESCOBRIU QUE ESTAVA DOENTE?

2 – COMO FOI SUA TRAJETÓRIA NA BUSCA DE TRATAMENTO?

3 – O QUE MUDOU EM SUA VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO?

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE