

Área: Saúde

Modalidade: Pesquisa Qualiquantitativo

PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HANSENÍASE: OLHAR DOS PROFISSIONAIS

Brenda Fadigas Carvalho

Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Pricila de Oliveira Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana-BA

brendafadigas@gmail.com; yana.guimaraess@gmail.com; poaraujos@gmail.com

RESUMO

Introdução: A assistência profissional à pessoa com hanseníase deve levar em consideração a singularidade, contexto socioeconômico que o indivíduo esteja inserido. **Objetivo:** Analisar a produção do cuidado executado pelos profissionais de saúde às pessoas com diagnóstico de hanseníase em um município do interior da Bahia. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado no Programa de Controle de Hanseníase na cidade de Feira de Santana-BA, com oito sujeitos. **Resultados:** A produção do cuidado à pessoa com hanseníase esta pautada nos protocolos do Ministério da Saúde, mas os profissionais encontram dificuldade em desenvolver uma assistência que contemple as linhas do cuidado, além disso o estigma representa um obstáculo em relação a adesão do paciente à terapêutica. **Conclusão:** A produção do cuidado à pessoa com hanseníase deve estar relacionada ao trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional, que assista ao paciente de forma humana, integral, e resolutiva. **Palavras Chave:** Hanseníase. Produção do Cuidado. Profissional.

ABSTRACT

Introduction: The professional assistance to the person with leprosy must take into account the singularity, socioeconomic context that the individual is inserted. **Objective:** To analyze the production of care performed by health professionals to people diagnosed with leprosy in a municipality in the interior of Bahia. **Method:** A qualitative, exploratory study conducted in the Leprosy Control Program in the city of Feira de Santana, Bahia, Brazil, with eight subjects. **Results:** The production of care for the person with leprosy is based on the protocols of the Ministry of Health, but the professionals find it difficult to develop care that includes the lines of care, in addition, the stigma represents an obstacle in relation to the patient's adherence to therapeutics. **Conclusion:** The production of care for the person with leprosy must be related to the work carried out by a multiprofessional team, that assists the patient in a human, integral, and resolute way.

Keywords: Leprosy. Production of Care. Professional.

INTRODUÇÃO

A produção do cuidado em saúde é vista como sistêmica e integrada aos demais níveis da assistência. É considerada como um processo de trabalho centrado no usuário e nas relações de trabalho capazes de produzir vínculo, através da utilização de todos os recursos disponíveis para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que atenda às necessidades do indivíduo (MERHY; FRANCO, 2005).

Para que a assistência integral seja construída, é necessário a valorização do trabalho desenvolvimento pelos profissionais que devem contemplar três elementos principais: competência técnica profissional no seu núcleo de trabalho; postura ética; capacidade de construir vínculo com o paciente (CECÍLIO, 2011).

Assim, as linhas de cuidado são fundamentais para o desenvolvimento da produção do cuidado em saúde, porque permitem que o trabalho seja organizado em prol do estabelecimento da assistência integral e individualizada as pessoas, fora de qualquer olhar externo de controle, ou

seja, dentro do território micropolítico, levando em consideração a singularidade e o contexto socioeconômico que o indivíduo esteja inserido (MERHY, 2007).

Nesse contexto, a hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita que apresenta alta infectividade, baixa patogenicidade, e afeta primariamente os nervos periféricos, pele, podendo causar sérias incapacidades físicas (RODRIGUES et al., 2015). O diagnóstico precoce, e a eficácia do tratamento são fundamentais na estratégia de controle da doença como um problema de saúde pública. Para isso é importante assistir o paciente portador de hanseníase de forma integral dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma equipe multiprofissional em todos os níveis, especificamente, na atenção básica (AYRES; DUARTE; SIMONETTI, 2009).

Considerando que os estudos sobre a produção do cuidado desenvolvido pelos profissionais às pessoas com hanseníase são escassos no Brasil, essa pesquisa se justifica pelas lacunas de conhecimento sobre a temática, bem como a importância social já que a pessoa com hanseníase pela detecção tardia é vítima de incapacidades, e estigma. Se propõe, também, a utilizar a teoria das linhas de cuidado de Cecílio e Merhy como ferramenta para compreender o processo de trabalho profissional em um centro de referência para o tratamento da hanseníase, a fim de contribuir com a proposta da portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006, que dispõe sobre a consolidação do “Pacto pela Saúde”, e coloca a estratégia de saúde da família como modelo da atenção básica à saúde e centro coordenador das redes de atenção do SUS, dentre elas a assistência a pessoa com hanseníase (CECÍLIO; MERHY, 2003; BRASIL, 2006).

Através desses achados, emerge o seguinte questionamento: Como ocorre a produção do cuidado pelos profissionais de saúde às pessoas com hanseníase em um município do interior da Bahia? Tem por objetivo analisar a produção do cuidado executado pelos profissionais de saúde às pessoas com diagnóstico de hanseníase em um município do interior da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo sobre a produção do cuidado às pessoas com hanseníase: um olhar sobre a resolubilidade dos serviços de saúde, tendo como participantes do estudo os profissionais que atuam no serviço de referência para tratamento da hanseníase em um município do interior da Bahia.

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta), em número de oito, residentes no município de Feira de Santana-BA, maiores de 18 anos, que há mais de 06 seis meses atuam no Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase do município.

A técnica de coleta utilizada foi entrevista semiestruturada e observação sistemática. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, para que o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre os temas propostos, sem que o pesquisador prefixe quaisquer resposta ou condição (MINAYO, 2010).

O roteiro da entrevista foi constituído por quatro partes, a primeira referente à caracterização do sujeito I (idade, sexo, estado civil, escolaridade, bairro, função, vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade de saúde referida, carga horária de trabalho) e a segunda, terceira e quarta partes referem-se as questões norteadoras (II- Fale como é o cuidado prestado às pessoas com hanseníase no serviço que atua; III- Fale sobre a infraestrutura e os insumos presentes na unidade; IV- Fale das facilidades e dificuldades em assistir as pessoas com diagnóstico de hanseníase.

A entrevista semiestruturada proporcionou a pesquisadora obter informações a partir da fala dos sujeitos sobre a operacionalidade do serviço. Já a observação sistemática, contribui para complementar as informações obtidas através do roteiro elaborado.

A análise do material empírico extraído das entrevistas semiestruturada, com os profissionais, foi realizado através da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004). Na primeira etapa, a pesquisadora realizou a transcrição das entrevistas gravadas, com a organização das mesmas, por meio de leituras flutuantes e organização dos dados. Na segunda fase, foi realizado a leitura flutuante, e posteriormente, a leitura aprofundada e repetida das entrevistas para que fosse possível compreender os sentidos/significados dos conteúdos latentes e não apenas os conteúdos manifestos e identificação dos assuntos de relevância, e os núcleos de sentido identificados que foram: A atuação da equipe de saúde à pessoa com hanseníase; Estrutura do atendimento a pessoa com hanseníase; Ausência do Projeto Terapêutico Singular (PTS); Facilidades e dificuldades em assistir as pessoas com hanseníase. Na terceira fase, os dados obtidos foram articulados com a fundamentação teórica, atentando-se para a questão de pesquisa e os objetivos do estudo. Assim, realizou-se interferências, interpretações sobre os resultados brutos obtidos, relacionando-os com o quadro teórico utilizado (BARDIN, 2004).

A pesquisa só foi implementada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), recebendo parecer favorável de número 2010298 a realização.

RESULTADOS

Os resultados descritos foram organizados em quatro categorias de análise: Cumpre os protocolos ministeriais; Não se considera como equipe multiprofissional mesmo sendo unidade de referência; Dificuldades enfrentadas no atendimento individualizado a pessoa com hanseníase; Estigma da doença infectocontagiosa.

Os oito entrevistados que participaram do estudo tinham idade entre 30 a 74 anos. Sete entrevistadas foram mulheres e apenas um homem. Quanto ao estado civil, seis pessoas estavam casadas, e as outras duas encontravam-se solteiras. Na avaliação da função que exercem no serviço foram entrevistados dois médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, e fisioterapeutas. Já, em relação a escolaridade, sete pessoas declararam possuir o ensino superior completo, e uma possui apenas curso técnico. No que se refere aos bairros, observou-se que os profissionais residem nas cinco regiões administrativas da sede do município (FEIRA DE SANTANA, 2004).

Percebeu-se que os participantes atuam no serviço entre o período de três a treze anos. Em relação a carga horária seis entrevistados trabalham 30 horas semanais, já os outros dois, médicos, atuam no serviço duas vezes na semana com uma carga horária de 20 horas, e quanto ao vínculo sete profissionais trabalham por cooperativa, e um é efetivo.

Os protocolos de atenção à saúde são instrumentos importantes para a organização da assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como objetivo, padronizar as condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares, através da incorporação de tecnologias que contribuam para a produção do cuidado ao usuário de forma resolutiva (BRASIL, 2009).

O atendimento à pessoa com hanseníase, deve estar organizado de forma a garantir o cuidado integral dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma equipe multidisciplinar capacitada para atender as demandas dessa doença, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

“O serviço opera com demanda espontânea ou através de encaminhamento por um profissional [...] A recepção faz a ficha do paciente, encaminha para a enfermagem, após a confirmação diagnóstica o paciente tem consulta com o médico e fisioterapeuta e inicia de imediato o tratamento de acordo com o tipo de hanseníase [...] É realizado o exame dos contatos próximos nos últimos cinco anos, avaliada a necessidade de aplicar BCG, para fechar o bloqueio dos contactantes. Quando apresenta efeito colateral a medicação, ou reação hansênica, o paciente é encaminhado para avaliação médica e fisioterápica (Prof. 2)”.

Através das entrevistas realizadas com os profissionais, e da observação sistemática, pode-se perceber que o atendimento a pessoa com hanseníase ocorre de forma estruturada, em que a oferta e a assistência estão moduladas em conformidade com o Plano Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase (PNCEH), ou seja, o atendimento é voltado para assistir esse grupo de usuários, que sofrem estigma e exclusão da sociedade.

Nesse contexto, a assistência de saúde organizada por meio de protocolos deve ser caracterizada pela multidisciplinaridade, ou seja, através da soma de múltiplos saberes no campo técnico e científico, porém sem nenhuma forma de conexão ou integração (FILHO, 2000).

“O atendimento a pessoa com hanseníase é feito aqui na unidade, cada profissional faz seu trabalho individualizado (Prof. 1)”.

“Nós precisamos de uma equipe multidisciplinar, as vezes não conseguimos fazer tudo para ajudar o paciente. O atendimento é fragmentado, e em situações mais graves, quando o paciente tem incapacidade, ou abandona o tratamento porque não tem como vim ao serviço, nós ficamos sem ter muito o que fazer (Prof. 6)”.

Através das falas dos entrevistados pode-se perceber que apesar dos profissionais reconhecerem o papel desenvolvido por cada um no serviço, os mesmos não visualizam a integração existente, e a importância do sucesso do cuidado produzido por cada elemento como garantia da melhora da assistência à pessoa com hanseníase.

Ademais, outra dificuldade encontrada pelos profissionais está relacionada a implementação do PTS, ou seja, o tratamento dos indivíduos como protagonistas do seu próprio tratamento, considerando as características socioeconômicas e culturais, além das vivências, tanto experiências concretas, quanto aquelas não percebidas (SILVA et al., 2016).

“Na fisioterapia, alguns pacientes são atendidos de forma diferente [...] Precisa de outros profissionais, especialistas [...] A unidade é antiga, materiais antigos, mas tentamos trabalhar com o que possuímos (Prof.3)”.

“Todos os pacientes são tratados da mesma forma a não ser que tenha contraindicação para o tratamento clássico, aí temos os alternativos [...] Precisa de outros profissionais, angiologista, cirurgião para colher biópsia [...] Equipamentos antigos, sem muito conforto, mas atende a sua demanda (Prof. 4)”.

“Todos são atendidos de maneira igual, sem diferenças. A infraestrutura da unidade é antiga, e precisa de reparos. Em relação aos outros profissionais, poderia ter um psicólogo, neurologista, infectologista, e um médico cirurgião de pequenas cirurgias para que colha a biópsia para que faça aqui no programa, porque temos paciente que demora muitos meses 3 a 4 meses (Prof. 7)”.

Desse modo, pelas falas e observação da unidade percebeu-se que os profissionais, realizam o atendimento voltado apenas para o cumprimento do protocolo ministerial desenvolvido a partir do PNCEH, ou seja, as ações desenvolvidas pela equipe não estão articuladas com a proposta da clínica ampliada, PTS, a fim de que seja garantido a integralidade da assistência ao usuário. Além da dificuldade em assistir o paciente de maneira integral, foi observado pelas falas dos profissionais que o estigma acerca da hanseníase também deve ser avaliado, pois é uma doença infecciosa e incapacitante que vem acompanhada de estereótipos socialmente inaceitáveis (MELINSKI; GIRARDI, 2014).

“O estigma e preconceito dessa doença é muito grande, que as pessoas acabam abandonando o tratamento e nós perdemos o contato, até que ela resolva retornar ao serviço (Prof. 5)”.

“A hanseníase que é uma doença estigmatizada historicamente, o paciente se sente vulnerável (Prof. 8)”.

Assim, percebeu-se que os profissionais estão comprometidos em assegurar o conforto as pessoas com hanseníase. As consultas não são rápidas, e em sua grande maioria estão voltadas para escuta qualificada do preconceito sofrido, porque os usuários veem na equipe o suporte necessário para superar as adversidades da doença (DOMINGUES, 2005).

DISCUSSÃO

O acesso dos usuários com hanseníase aos serviços de saúde, deve estar associado a assistência integral, multidisciplinar, voltada para realizar o diagnóstico precoce, e tratamento da patologia, intermediado pelos profissionais principalmente, médico, enfermagem, e fisioterapia (BRASIL, 2010).

Assim, após a confirmação feita pelo profissional médico e notificação da doença pelo enfermeiro é iniciada a terapêutica, que compreende a quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais (tipo 1 ou 2), prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial, que varia quanto à forma clínica da hanseníase: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. Para critério operacional a ocorrência de poucos bacilos/paucibacilar com tratamento de seis meses e de tratamento multibacilar dose meses de tratamento, sendo utilizado a rifampicina, dapsona e clofazimina, drogas padronizadas pela OMS (RODINI et al., 2010).

A identificação dos surtos reacionais é feita através da avaliação de sinais e sintomas que caracterizem quanto ao seu tipo I, denominado Reação Reversa, ou pelo tipo II, Eritema Nodoso Hansênico (ENH) (AYRES; DUARTE; SIMONETTI, 2009). Em ambas situações após a caracterização do surto, é realizado o tratamento, que consiste no uso da talidomida, ou prednisona. Já em relação a avaliação do grau de incapacidade física este é feito pelo

fisioterapeuta no início do tratamento, a cada três meses se não houver queixas (RODRIGUES et al., 2015).

Quanto aos efeitos colaterais as medicações, estes são diagnosticados através do aparecimento de sintomas gastrintestinais, prurido, anemia, e também pela realização de exames laboratoriais, que determinam a necessidade de utilizar um esquema alternativo, que varia de acordo com a gravidade da situação, sendo implementado pelo médico do serviço (GOULART et al., 2002). Ademais, além da assistência prestada à pessoa com hanseníase realiza-se avaliação dos contatos intradomiciliares, ou seja, pessoas que conviveram ou convivem com o indivíduo que está com a doença nos últimos cinco anos, é feita através da identificação de sinais ou sintomas, para identificação precoce da patologia (BRASIL, 2010).

Apesar dos entrevistados assistirem as pessoa com hanseníase segundo o PNCEH, foi observado a dificuldade em desenvolver ações educativas com os pacientes, porque estes relataram que a alta demanda do serviço, prejudica a realização de atividades em grupos, extra as orientações prestadas na consulta individualizada.

Desta forma, o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde deve contemplar a transdisciplinaridade, ou seja, na articulação dos saberes, promovida pela comunicação e estudo entre todos que compõe o serviço, na constituição de uma assistência unificada e não dissociada (DOMINGUES, 2005).

Mas na prática o trabalho coletivo é organizado em torno do modelo médico, em que as áreas, não médicas, agregam seus conhecimentos em torno da racionalidade clínica, ou seja, as ações são desenvolvidas de forma fragmentada, cada profissional trabalha de forma isolada, dentro da sua especialidade, sem que haja comunicação entre a equipe de saúde (SILVA et al., 2016). Isso acontece porque a transdisciplinaridade, é uma experiência desafiadora na execução do trabalho em equipe, porque exige tolerância, respeito, e superação das verticalizações, a fim de garantir um equilíbrio entre as práticas profissionais (LEMO; REINEIROS; MORAES, 2006). Por isso, é necessário, que os profissionais que trabalham com hanseníase, se enxerguem como equipe multiprofissional, agindo de forma transdisciplinar, cujos membros devam organizar suas ações e saberes no enfrentamento de cada problema identificado. Devem, atuar em conjunto de maneira correta, através da relação recíproca, estabelecia pela comunicação efetiva, que possibilite a cooperação de todos. Para tanto, é necessário transformar o modelo assistencial individualizado e centrado na doença para atividades em equipe, a fim de atender as demandas objetivas e subjetivas das pessoas doentes, e produzir autonomia e apropriação do processo de saúde-doença (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; BOCCARDO et al., 2011).

A modificação da assistência deve estar relacionada a incorporação da acessibilidade, ou seja, a relação intrínseca entre oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população. Para tanto, estar relacionada ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde, considerando o PTS, para que seja garantido a integralidade da assistência para todos os níveis e especialidades que se façam necessária a atendimento ao doente (AYRES; DUARTE; SIMONETTI, 2009).

Todavia, a alta demanda dos serviços de média complexidade e sua relação com a necessidade de ampliar a equipe de saúde como alternativa para resolver os problemas existentes, está relacionada a descaracterização do serviço primário pelo usuário, que necessita também de melhor compressão dos profissionais especificamente do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que podem prestar uma melhor assistência corroborando para resolutividade e minimizando a frequência de doentes nas unidades de referência (BARBOSA et al., 2008).

Embora a demanda, seja considerada pelos profissionais uma barreira ao desenvolvimento de práticas voltadas para construção do PTS, ela não se constitui como ausência de acessibilidade, porque na unidade de referência em questão, os agendamentos de atendimentos complementares às pessoas com hanseníase, são feitos pela assistente social, que marca as consultas e exames adicionais, na central de regulação do município, que trabalha com acesso facilitado a esses pacientes. Apesar da equipe de saúde relatar a presença de dificuldade em receber uma biópsia, ou mesmo de garantir a consulta com outros médicos especialista, como angiologista, neurologista, dentre outros a marcação acontece e pode ser realizada de maneira satisfatória em unidade básica.

Mas em relação as pessoas que abandonam o tratamento por conta do preconceito ou por outros motivos, percebeu-se que não há realização de busca ativa, reintegração desse doente ao serviço o que demonstra vínculos fragilizados.

O profissional que trabalha no serviço de saúde, independe do nível de complexidade, é responsável por assegurar a permanência do usuário na rede de saúde. Em relação as doenças negligenciadas, como a hanseníase, cabe a equipe assegurar a permanência do indivíduo no serviço, e buscar aqueles que abandonaram o tratamento, principalmente por conta do preconceito existente acerca da patologia (BARBOSA et al., 2008).

Isso é importante porque a hanseníase é uma doença milenar que apresenta vários estigmas, pois seu curso afeta a vida das pessoas portadoras nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos, representando um conjunto de crenças, medos, preconceito, e exclusão da sociedade (SILVA et al., 2016).

O preconceito existe principalmente devido à carência de conhecimento da população sobre a doença, que do ponto de vista médico tem tratamento e cura, mas principalmente pelo estigma criado na antiguidade, corrobora para a exclusão social das pessoas, afetando sua autoestima, saúde emocional e psicológica (CID et al., 2012).

Além disso, o preconceito corrobora para o abandono do tratamento, porque estar associado a falta de motivação para lidar com as dificuldades impostas pela doença, e isso implica na continuidade da cadeia de transmissão, que poderia ter sido completamente interrompida com o início do tratamento medicamentoso, e também o aumento do risco em desenvolver incapacidades físicas e deformidades, que acabam por intensificar a discriminação social acerca da doença caso ocorra a interrupção pelo paciente das ações terapêuticas (SOUSA et al., 2013). Por isso, é importante a redução do estigma em relação a pessoa com hanseníase, pois só assim será possível a promoção da saúde, e a diminuição do julgamento, humilhação e vergonha, que permeiam a vida desses indivíduos.

CONCLUSÃO

Neste estudo, vimos que a produção do cuidado à pessoa com hanseníase realizada em um centro de referência, está relacionada ao trabalho desenvolvido por uma equipe de saúde composta por: médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, assistente social. Todo o atendimento está articulado de acordo com a proposta do PNCEH, do MS, que assegura o acesso dessas pessoas dentro do serviço de média complexidade de forma integral, e resolutiva. Observa-se que essas atividades devem ser desenvolvidas pela atenção básica e NASF ampliando o acesso e resolutividade em todos os níveis da atenção.

A ocorrência de uma assistência de referência voltada para a organização do serviço, e não, para quem lhe é destinado, o usuário, contribui para a fragmentação do fazer profissional, e dificulta o desenvolvimento de ações em equipe, uma vez que nessa unidade, o trabalho desenvolvido está voltado para cumprimento do protocolo, sem levar em consideração a singularidade do paciente, apenas a organização do serviço.

Por isso, é necessário que a promoção do trabalho transdisciplinar seja na referência ou na atenção primária com o NASF em toda a rede de assistência, ou seja, a articulação dos saberes da equipe, promovida pela comunicação e estudo entre todos que compõe o serviço, na constituição de uma assistência unificada e não dissociada, que abandone a verticalização do atendimento voltado apenas para a valorização do trabalho médico.

Ademais, percebemos que não há o desenvolvimento da clínica ampliada e do PTS no serviço de média complexidade, porque a existência do trabalho fragmentado, somado à grande demanda de atendimento, estrutura antiga da unidade, e a falta de recursos materiais, como

equipamentos na fisioterapia, cadeiras, geladeira nova, principalmente, somadas a falta de visão holística dos profissionais constituem as principais dificuldades. Esse olhar contribui para a fragilidade da assistência e favorece a ruptura da integralidade, desta forma, foi identificada como alternativa para solucionar os problemas descritos a ampliação da equipe de saúde, entretanto desnecessária, porque o serviço de média complexidade já contempla as especialidades.

O conhecimento sobre o processo de regulação e marcação das consultas foi identificado como uma alternativa para superar as necessidades dos usuários que não podem ser solucionadas no serviço, porque através da organização dos fluxos de atendimento, o caminhar da pessoa com hanseníase é facilitado, e assim fica assegurada a integralidade do cuidado.

No que se se refere ao estigma existente acerca da hanseníase, percebemos que a sociedade, muitas vezes, exclui e inferioriza o indivíduo, pois acredita que, assim, está protegida do contato com o *Mycobacterium leprae*, mas em contra partida não percebe que o estigma acarreta a demora do tratamento, e posterga a interrupção da cadeia de transmissão.

Por isso é necessário o fortalecimento do vínculo entre a equipe e o usuário, não somente nas consultas, mas nas visitas domiciliares, na busca ativa em situações de abandono, para que sejam superadas as dificuldades existentes em ser portador de uma doença cônica, incapacitante, e estigmatizada.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J.C et al. Olhares sobre as ações do programa de controle da hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.16, n. 2, p. 273 – 292, 2008. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_10.pdf>. Acesso em: jun. 2017.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**.3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 280 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, DF, 2010.

BOCCARDO, A.C.S et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan-abr, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124>>. Acesso em: jul. 2017.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. "**A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**", Campinas (SP), 2003.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. v.15, n.37, p.589-99, abr-jun. 2011. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf> >. Acesso: jun. 2017.

CID, R.D.S et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, p. 1004-1014, 2012. Disponível

em:<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf>>.

Acesso em: abr. 2017.

DIAS, R.C.; PEDRAZZANI, E.S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp, nov,

2008.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>>. Acesso em: maio 2017.

DOMINGUES, I. **Em busca do método**. In: Domingues I. (Org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos**. Belo Horizonte (MG): Editora UFMG; 2005.

DUARTE M.T.C; AYRES J.A.; SIMONETTI J.P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 100-107, jan-maio, 2009. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>>. Acesso em: jun. 2017

FEIRA DE SANTANA. **Lei nº 1.631/95, Lei complementar 018/2004**. Feira de Santana, 2004.Disponível em:<<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/328/leis-de-feira-desantana>>. Acesso em: abr. 2017.

FILHO, N.A. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **RAP**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.11-34, nov- dez. 2000. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6345/4930>>. Acesso em: maio 2017.

GOULART, I.M.B et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de

Uberlândia. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, n.5, p. 453-460, set-out, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n5/13162.pdf>>. Acesso em: fev. 2017.

LEMONS, L.L.; REINEIROS, N.; MORAES, V. **A transdisciplinaridade no trabalho em equipes do programa saúde da família: um estudo de caso**. 2006. 67 f. Tese (Pós Graduação)- Curso de Especialização em Saúde Coletiva- Saúde da Família, Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2006.

MELINSKI, M.C.; GIRARDI, D.R. Diabetes e hanseníase: Estigma e cura, análise por meio de Redes Bayesianas. **Programa Aplicada de Iniciação Científica**, p. 505-528, 2014. Disponível em: <<https://cadernopaic.fae.edu/cadernopaic/article/view/77>>. Acesso em: fev. 2017.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde in Pinheiro, R. & Mattos, R.A.** (orgs.) “Construção Social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

MERHY EE.; FRANCO TB. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010. 408 p.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

RODINI, F.C.B et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia Pesquisa**. São Paulo, v.17, n.2, p. 157-66, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

RODRIGUES, F.F et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: Ações de controle e eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.2, p.297-304, mar-abr, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0297.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SILVA, A.I et al. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 01-08, jul-set, 2016. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SOUSA, A.A et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **Anare**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan.-jun, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/7588/1/2013_art_acpjcosta1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.