

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LAURA NASCIMENTO SILVA

**PRECONCEITO CONTRA O PORTADOR DE HANSENIASE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
Projeto de Intervenção

**FORTALEZA
2018**

LAURA NASCIMENTO SILVA

**PRECONCEITO CONTRA O PORTADOR DE HANSENIASE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Projeto de Intervenção

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Me. Manoel Ribeiro de Sales Neto

FORTALEZA

2018

LAURA NASCIMENTO SILVA

**PRECONCEITO CONTRA O PORTADOR DE HANSENIASE NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Projeto de Intervenção

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela inspiração e por não permitir que desista nos momentos desafiadores.

*A todos os mestres, que contribuíram com meu aperfeiçoamento profissional durante o curso de especialização em pesquisa e inovação em saúde da família, de forma particular ao orientador mestre e doutor *Manoel Ribeiro de Sales Neto* e a tutora *Marília Braga*.*

*A todos os pacientes e funcionários da unidade básica de saúde *Maria Jose Ferreira*, pela colaboração e disponibilidade para participar desse estudo.*

*Desejo exprimir os meus agradecimentos a minha amiga *Celia Abreu Jorge* pelo apoio incondicional nesses meses de elaboração do projeto.*

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde.

APS - Atenção Primária à Saúde.

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

MA – Maranhão.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SALSA - *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNASUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação medicamentos para tratamento de PB e MB conforme faixa etária	20
Quadro 2	Esquema terapêutico para paucibacilar (seis cartelas)	20
Quadro 3	Esquema terapêutico para multibacilar (doze cartelas)	20
Quadro 4	Distribuição dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Maria de acordo com o local de trabalho. São Raimundo das Mangabeiras, 2018	24
Quadro 5	Distribuição dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Maria de acordo com o local de trabalho. São Raimundo das Mangabeiras, 2018	26
Quadro 6	Diagnóstico situacional do Povoado Morro do Chupé – Características gerais da população	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Desenho de estudo de intervenção	22
Figura 2	Mapa de localização do município de São Raimundo das Mangabeiras	23
Figura 3	Vista satélite do Povoado Morro do Chupé	25
Figura 4	Esquema básico da análise de conteúdo	30

RESUMO

Pode-se observar que a sociedade ainda tem o preconceito quanto à hanseníase devido à falta de informação e de conhecimento, pois já que quando iniciado o tratamento e continuado, o paciente não mais transmite a doença. Entretanto, o estigma social ainda é existente. Para isso, é indispensável o treinamento dos profissionais de saúde, educação em saúde para a população adstrita e a realização de palestras e consultas grupais na família, possibilitando a comunicação e o entendimento sobre o preconceito e estigmas que traz a doença. O objetivo é reduzir o nível de preconceito sentido pelo paciente portador de hanseníase na Unidade Básica de Saúde Maria Jose Ferreira no Povoado Morro do Chupé. Para a realização desse projeto de intervenção, houve a necessidade do diagnóstico situacional sobre o tema abordado. Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem qualitativa. No que se refere aos resultados, nota-se que muitas vezes o preconceito e o estigma surgem não apenas das pessoas de fora, mas do próprio paciente, em aceitar a doença, criando, frequentemente, o rompimento dos laços, tanto com os amigos, quanto com a família, assumindo um papel de isolamento dentro da própria casa. A ESF tem o propósito de implantar a educação em saúde, garantindo os direitos dos pacientes de forma que o preconceito minimize, a partir do conhecimento, planejamento de ações e organização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Hanseníase; Plano de intervenção; Preconceito.

ABSTRACT

It can be observed that the society still has the prejudice regarding leprosy due to the lack of information and knowledge, since since when the treatment is started and continued, the patient no longer transmits the disease. However, the social stigma still exists. For this, the training of health professionals is indispensable, and that they are the disseminators in health education for the population under study and the holding of lectures and group consultations in the family, enabling communication and understanding about prejudice and stigmas that brings the disease. The objective is to reduce the level of prejudice felt by the leprosy patient at the Maria Jose Ferreira Basic Health Unit in the Morro do Chupé Village. In order to carry out this intervention project, there was a need for a situational diagnosis on the topic addressed. It is an intervention study with a qualitative approach. With regard to the results, it is noted that prejudice and stigma often arise not only from the outsiders, but also from the patient himself, in accepting the disease, often creating a break in ties with friends, and with the family, assuming a role of isolation within the house itself. The purpose of ESF is to implement health education, guaranteeing the rights of patients so that prejudice minimizes, from knowledge, planning of actions and organization of the work process.

Key words: Leprosy, intervention plan, prejudice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	PROBLEMA	11
3	JUSTIFICATIVA	12
4	OBJETIVOS	13
4.1	Objetivo Geral	13
4.2	Objetivos Específicos	13
5	REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1	Hanseníase: etiologia e epidemiologia	14
5.2	Preconceito e Hanseníase	15
5.3	Educação em Saúde	17
5.4	Hanseníase na Atenção Primária à Saúde	19
6	METODOLOGIA	23
6.1	Desenho do estudo	23
6.2	Local do estudo	24
6.3	População do estudo	26
6.4	Coleta de dados	27
6.4.1	Instrumento para coleta de dados	28
6.4.2	Estratégias para coleta dos dados	29
6.5	Análise dos dados	30
6.6	Aspectos éticos	32
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
7.1	Relato sobre preconceito	33
7.2	Diário de campo	35
8	CRONOGRAMA	43
9	RECURSOS NECESSÁRIOS	44
10	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	Apêndices	50
	Apêndice A – Entrevista semiestruturada	51
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
	Apêndice B – Termo de Autorização	54

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium Leprae*, de multiplicação lenta, que afeta os nervos e a pele, tendo um período de incubação de dois a sete anos. A contaminação ocorre através das vias respiratórias, secreções nasais ou saliva. A maioria das pessoas tem contato com o bacilo e não adoece, pois, o sistema imune consegue combater a infecção. Tem evolução insidiosa, podendo trazer consigo limitações para o indivíduo doente decorrentes de prejuízo nas relações sociais, na cognição e no estado emocional. Os problemas emocionais estão intimamente ligados à autoestima, ao controle do próprio corpo, às relações interpessoais, havendo a possibilidade de desencadear complicações orgânicas e psicológicas irreversíveis (MAGALHÃES, 2017).

Em 2016, 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil habitantes. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (OMS, 2016). No Estado do Maranhão, foram registrados 3.200 casos em 2017. Desses, 18% acometem crianças de até 15 anos. São Raimundo das Mangabeiras é um município brasileiro do Estado do Maranhão, situado na região Nordeste do país, com 29 casos novos de hanseníase no período de 2015 a 2018, sendo parte dos diagnósticos detectados no povoado Morro do Chupé (MOURA, 2012).

Cabem ressaltar que, a hanseníase tem uma terrível imagem na história e na memória das pessoas como uma doença muito contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição ao doente e podendo causar sua exclusão da sociedade. Já afetou todos os continentes no passado, causando uma imagem assustadora. Seus doentes eram denominados leprosos, isolados de suas famílias e confinados e tratados em leprosários, intensificando o estigma da doença e o preconceito contra o doente. Logo, faz-se necessário que sejam idealizadas alternativas que visem não somente à eliminação da hanseníase como um problema

de saúde pública, mas também, e principalmente, um resgate da cidadania e do respeito por essas pessoas (MINUZZO, 2008).

A presente proposta refere-se ao preconceito no convívio familiar e no serviço de saúde. Para tanto, é indispensável o treinamento dos profissionais de saúde, educação em saúde para a população adstrita e a realização de palestras e consultas grupais na família, possibilitando a comunicação e o entendimento sobre o preconceito e estigmas que traz a doença. Trata-se de um projeto de intervenção elaborado para o Curso de Especialização em Pesquisa e Inovação em Saúde da Família promovida pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS).

2. PROBLEMA

Figueiredo (2012) ressalva que o preconceito pode ser avaliado e responsabilizado por crenças religiosas, dificuldades em compreender e aceitar a doença, tanto pelo próprio portador, como por familiares e pela sociedade.

Pode-se observar que a sociedade ainda tem o preconceito quanto à hanseníase devido à falta de informação e de conhecimento, pois já que quando iniciado o tratamento e continuado, o paciente não mais transmite a doença. Entretanto, o estigma social ainda é existente (ARRUDA et al., 2016).

O presente estudo aborda o preconceito ao qual podem estar sujeitos os pacientes portadores de hanseníase no cotidiano familiar e no serviço de saúde. Ainda Arruda et al. (2016) respaldam que para diminuir o preconceito em relação à hanseníase e melhorar a aceitação da pessoa ao diagnóstico e tratamento, é necessário investir na educação.

Deve haver divulgação de informações que sejam capazes de conscientizar as pessoas sobre a hanseníase. E para isso, é necessário promover o conhecimento de forma clara e acessível à sociedade, afim de que seja possível compreender que a doença tem cura, não havendo a necessidade do medo, eliminando ou reduzindo os danos emocionais e facilitando o tratamento.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos: O que é possível apresentar como proposta de intervenção para a redução ou eliminação do preconceito na família e no serviço de saúde? Como essa proposta pode ser implementada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)?

3. JUSTIFICATIVA

Como a hanseníase é uma doença estigmatizante, atualmente isso ainda aparece fortemente na sociedade. Diante do estigma, preconceito, medo e da autoestima baixa do paciente, a equipe de saúde da família deve adotar ações importantes para ajudá-lo, com orientações que possam tranquilizá-lo frente à doença, ouvindo-o e compreendendo seus medos, mostrando conhecimento e passando-lhe segurança, por meio de programas voltados para a educação continuada e para o esclarecimento de dúvidas não só do paciente, mas da família e da sociedade (JUNQUEIRA, 2006).

Ante a essas observações, o interesse em estudar essa temática se deu por duas razões. A primeira decorrente do interesse em conhecer como é o convívio familiar do portador da hanseníase, bem como identificar seus possíveis medos, dificuldades e expectativas frente à doença. A segunda se origina da observação de casos de preconceitos por parte de familiares do doente e de funcionários da própria Unidade Básica de Saúde. Daí a necessidade de observar de forma mais crítica, como os pacientes são vistos pelo núcleo familiar e serviço de saúde, na qual o preconceito não ocorre somente por parte das pessoas externas ao ambiente domiciliar, pois muitas vezes ele começa no próprio paciente.

A equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria José Ferreira, participou da análise dos problemas levantados por este estudo e considerou que, no nível local, têm-se recursos humanos e materiais para realizar a proposta de intervenção, portanto, a esta é viável. Pretende-se com essa ação, modificar o entendimento da população, família e profissionais do serviço de saúde, reduzindo os casos de preconceito com os pacientes portadores de hanseníase.

Ressalta-se que contribuir para a redução do preconceito contra os portadores de hanseníase que é um dos objetivos do trabalho da Equipe de Saúde Família, de acordo com a Portaria Federal nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Segundo essa norma, o diagnóstico da hanseníase deve ser informado ao paciente assim como os diagnósticos de outras doenças curáveis. Além disso, nos casos de impacto psicológico, tanto ao paciente quanto aos familiares ou a sociedade, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem apropriada da situação, que favoreça a aceitação do problema, a superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos Gerais

Reduzir o nível de preconceito sentido pelos pacientes portadores de hanseníase na Unidade Básica de Saúde Maria Jose Ferreira no Povoado Morro do Chupé, município de São Raimundo das Mangabeiras, no Estado do Maranhão.

4.2 Objetivos Específicos

- Apreender a percepção do portador sobre a hanseníase;
- Descrever a percepção do portador de hanseníase acerca do preconceito no cotidiano familiar e no serviço de saúde;
- Elaborar e implementar um plano de educação em saúde para a população e para os profissionais de saúde direcionado para o combate ao preconceito com o portador de hanseníase.
- Avaliar o impacto do projeto sobre a percepção do portador de hanseníase em relação ao preconceito.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hanseníases como Problema de Saúde Pública

A hanseníase é um grave problema de Saúde Pública, devido a vários fatores, como sua condição infectocontagiosa, conflito socioeconômico, acometimento psicológico e ocorrências de deformidades e incapacidades físicas (SILVA; PAZ, 2010). Os sinais e sintomas da doença são bem definidos, e o tratamento é disponibilizado aos portadores pelos serviços de saúde, especialmente as Unidades de Atenção Básica, sendo uma doença que tem cura. Entretanto, apesar da tecnologia assistencial disponível, no ano de 2006 um contingente importante de pessoas foi diagnosticado com graus de incapacidade I e II, em consequência do diagnóstico tardio (BRASIL, 2008).

Mundialmente, estimativas aludem que aproximadamente 2 a 3 milhões de indivíduos tenham algum grau de incapacidade como resultado da doença (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009). Desse modo, a escala SALSA (*Screening of Activity Limitation and Safety Awareness*) passou a ser utilizada no Brasil por ser um instrumento de mensuração da limitação de atividade elaborada baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual vem sendo aplicada em vários cenários socioculturais em pacientes que tem ou pacientes que tiveram hanseníase (IKEHARA et al., 2016).

Pires et al. (2012) ressaltam que o Ministério da Saúde e Instituições Internacionais de Saúde têm se esforçado muito para sua eliminação mediante estratégias e ações programáticas, contudo, a transmissão ativa da doença continua presente. Todavia, percebe-se que a razão mais comum para a interrupção dada pelos pacientes na pesquisa de Chichava (2010) é dada a não disponibilidade de medicamentos em alguns centros de saúde, esquecimento de tomar a medicação, efeitos adversos à terapêutica e preconceitos.

Em um estudo sobre espacialização dos casos de hanseníase, é evidenciada a distribuição heterogênea apontando áreas que devem se constituir em prioridades para o programa de controle da doença. Nisso, os riscos inerentes de cada território (sociais, ambientais, sanitários) podem ser compensados pela organização e estruturação dos serviços de saúde, fatores importantes para que o paciente não abandone o tratamento (RODRIGUES, 2015).

O estudo de Sousa et al. (2013) realizado em Imperatriz-MA, objetivou analisar os fatores que influenciaram os pacientes a faltarem ou abandonarem o tratamento. Envolveu uma amostra de 30 pacientes que faltaram ou abandonaram o tratamento no período de 2009 e 2010. Os motivos alegados pelos pacientes para a falta ou abandono foram agrupados em fatores extrínsecos e intrínsecos. Os resultados indicaram que o abandono foi mais frequente por alegaram não conhecer informações sobre a doença. Levando em consideração os dados apresentados, há a necessidade de uma reformulação das ações, a fim de promover uma maior orientação dos pacientes e melhoria do acompanhamento dos casos e das medicações.

5.2 Preconceito e Hanseníase

O diagnóstico é uma experiência individual muito forte, no qual a pessoa necessitará de um tempo para se reabilitar sobre as novas condições que a doença apresenta, pois quando o paciente tem consciência do diagnóstico tende a não aceitar, isso pode estar associado ao medo, ao preconceito, à discriminação e também a características religiosas. Quando o paciente começa a aceitar a doença, passa a preocupar-se com a aparência física, a autoestima se altera, apresenta medo de perder a família, o qual esses comportamentos intervêm de maneira relevante na rotina do indivíduo (COELHO, 2008). A importância da classe social reside na distribuição variável dos recursos na sociedade, assim como a habilidade de indivíduos de diferentes estratos sociais em compensar os efeitos da incapacidade e assim contrabalançar deficiências econômicas e de outros tipos. A ruptura da reciprocidade, os problemas na legitimação da mudança de comportamento e os efeitos gerais do estigma associado à doença crônica afetam a habilidade do indivíduo de mobilizar recursos favoravelmente (HAMESTER, 2017).

É fundamental estudar as diferentes razões, caracterizadas como medidas de exclusão e discriminação. Pois, a hanseníase, ao longo de sua história, leva seus portadores a enfrentarem dificuldades na interação social (MINUZZO, 2008). O preconceito e o silêncio sobre a doença favoreceram a automedicação e o diagnóstico tardio (MARTINS; IRIART, 2014).

Brasil (2010) destaca a importância do conhecimento e participação multiprofissional responsável pela assistência ao portador da doença, buscando novas parcerias de outros setores. Muito se têm avançado em relação ao tratamento, especialmente no que se diz referência ao advento da poliquimioterapia, contudo destaca-se a importância da sustentação de treinamento dos profissionais, principalmente nos aspectos de diagnóstico, pois ainda é normal que os pacientes enumerem a variedade de profissionais de saúde pelos quais passaram sem que fosse diagnosticada a doença, e ainda os inúmeros tipos de tratamentos que concretizaram, sem qualquer resultado. Há declarações de profissionais que mencionam não se sentirem adequados em acompanhar pacientes com hanseníase, devido ao conhecimento insuficiente que têm sobre a doença (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Percebe-se que o medo decorrente de crenças e sentimentos presentes na sociedade influencia na realização do exame de contatos e está relacionado com o comportamento de pacientes que abandonam o tratamento e que não procuram atendimento para não revelar o diagnóstico da doença (LANA et al., 2014).

Devido à falta de confiança nas pessoas e ao medo da rejeição, o doente só fala o que está ocorrendo à medida que sente segurança e compreensão ou até mesmo aceitação daquilo que vivencia (SILVA, 2008).

As reações com a família e amigos podem variar conforme as condições culturais e socioeconômicas dos mesmos, visto que alguns preferiram não comunicar para a família com receio de serem abandonados e isolados, além do preconceito contra a doença em si, facilitando uma depressão ao doente.

Ser diagnosticado como portador de hanseníase traz muitas vezes consigo o risco de esgarçamento e até ruptura dos vínculos dos doentes com suas famílias, com a comunidade em que vivem e com seu trabalho. Este processo de tensões sobre os vínculos sociais dos portadores de hanseníase pode ser mais bem compreendido levando em conta o conceito de desfiliação, criado por Robert Castel em referência à situação vivida pelos desempregados em relação à sociedade em que vivem (FIGUEIREDO, 2006 p. 134).

Há uma grande abrangência de sofrimentos contidos no contexto do hanseniano, é preciso cuidado e tranquilidade para compreender os aspectos paralelos ao tratamento medicamentoso da hanseníase. As mudanças ocorrem

diferentes para cada indivíduo, considerando sua história de vida e sua estrutura emocional (FIGUEIREDO, 2006).

Segundo Monteiro (2010), o vínculo social é de extrema importância para o paciente e gera mudanças diretas no comportamento em relação à doença, estabelecido por meio do vínculo desse paciente com o mundo exterior, ele se posiciona positiva ou negativamente, pois os movimentos a ele relacionados reforçam ou diminuem os estigmas criados pelo próprio portador de hanseníase.

Segundo Santos (2007, p. 25) ressalta que:

A convivência com o adoecimento em algumas culturas, como a nossa, por exemplo, costuma ser, em boa parte dos indivíduos, uma condição limitante que, em muitos momentos, expõe esse sujeito a algumas mudanças em sua rotina, a convivência com uma nova condição emocional, como o medo ou a raiva, por exemplo, a mudança de algumas atitudes pessoais a que não estão acostumados, a uma nova dinâmica familiar, à necessidade de adesão a um determinado tratamento.

Os problemas emocionais estão intimamente ligados à autoestima, ao controle do próprio corpo e às relações interpessoais. No caso da criança e adolescente não atinge somente o paciente, mas toda a família, que trazem complicações na qualidade devida do grupo familiar (MONTEIRO, 2010).

Para Silva et al (2008), os indivíduos têm dificuldades em aceitar a doença, tornando-se uma pessoa com auto estigma, o indivíduo sente medo devido à discriminação que a sociedade pode ter sobre ele, e isso provoca instabilidade emocional, além disso, o receio sobre como os “normais” irão lhe receber, faz com que surja o sigilo sobre a doença, até mesmo com relação à família.

Para Figueiredo (2006), há casos de pessoas que têm a doença e optam por não contar para a família sobre o problema no intuito de manter a família integrada, para que não haja desmembração ou discriminação sobre o semelhante.

O preconceito existe principalmente devido à carência de conhecimento da população sobre a doença, tratamento e cura, e principalmente pelo estigma criado na antiguidade, pois era uma doença que causava total exclusão social, o portador deveria ser confinado em hospitais-colônia, em que era afastado completamente de familiares e amigos (CASTRO; WATANABE, 2009).

5.3 Educação em Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) reúne elementos que identificam as concepções de Educação em Saúde, dividida em três categorias (BRESEN et al., 2007):

- Educação Patologizante e Vertical - baseou-se nos profissionais que possuem um estilo de pensamento curativista na Educação em Saúde, com foco nas patologias, e impositivo na relação profissional-paciente.
- Educação Promotora de Saúde - reúnem-se as percepções dos profissionais que têm outro estilo de pensamento, que está voltado para a Promoção da Saúde no seu processo de trabalho educativo.
- Educação Horizontal Centrada na Doença - Nesta subcategoria, parece surgir um terceiro estilo de pensamento em Educação em Saúde. As diferenças de estilo de pensamento, distanciamentos (ou proximidades), ou diferenças na precisão dos limites entre alguns Estilos de Pensamento são chamados por Fleck (1986) de matizes de Estilo de Pensamento.

A habilitação dos profissionais nos cursos da área da saúde tem corroborado limitações quanto à formação básica, no caso desta pesquisa, na ESF.

A educação em saúde compõe ser uma ferramenta para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado (FIGUEIREDO, 2008). É direito de todos, pois, é através da educação que o indivíduo passa a ser mais conhecedor dos aspectos relacionados à prevenção, promoção da qualidade de vida e tratamento da doença. Com esse objetivo, o conhecimento das características sócio demográficas faz-se necessário para adaptar essa estratégia às reais necessidades dos participantes.

O enfermeiro pode ajudar o paciente a superar o medo e o preconceito através do estabelecimento do vínculo afetivo durante as consultas de enfermagem (SILVA, 2015). Assim, é de fundamental importância que o Enfermeiro realize ações educativas na comunidade que pode ser realizado através da criação de grupos

para as pessoas que convivem com a hanseníase com o objetivo de estimular à troca de conhecimento visando o autocuidado, a prevenção, a adesão ao tratamento, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e a diminuição do preconceito (MARTINS; BOUÇAS, 2010).

A enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade; os profissionais atuam na prevenção da doença, busca e diagnóstico dos casos, tratamento e seguimento dos portadores, prevenção e tratamento das incapacidades, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas (CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010).

O preconceito pode ser minimizado através da Educação em Saúde, não apenas em Unidades de Saúde, mas também em escolas, pois orientando a população sobre transmissão, tratamento, e ressaltando a cura, ocorrerá entendimento a respeito da doença, e poder-se assim, minimizar o estigma, possibilitando a reintegração dos portadores à sociedade (CASTRO; WATANABE, 2009).

5.4 Hanseníases na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) possuem ações exclusivas voltadas para a eliminação da hanseníase em âmbito nacional através de Programas de Controle da Hanseníase, que atende a população por meio de ações preventivas e curativas (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017). Quando diagnosticados, os pacientes são amparados pela Portaria de nº 3.125/2010, cujos pacientes,

Devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nessas consultas eles tomam a dose supervisionada no serviço de saúde e recebem a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Esta oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do(a) paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos, agendando o exame clínico e a vacinação. O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e para controle da adesão ao tratamento (BRASIL, 2010, p. 8).

Ressalva que as Diretrizes estabelecidas para vigilância, atenção e controle da hanseníase, foram estabelecidas pelas ações do Programa de Controle

da Hanseníase da Portaria de nº 3.125/2010, onde fundamenta o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica bem como a organização da rede de atenção integral e promoção à saúde, através da comunicação e mobilização social, prevalecendo como instrumento norteador de ações para gestores e profissionais dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde em parceria com a Atenção Primária preconiza que o tratamento é oferecido de forma gratuita nas Unidades de Saúde e tem duração de seis meses para a forma não contagiosa e dois anos para as formas contagiantes, sendo que a regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente, o que é realização de acordo com a classificação operacional do doente paucibacilar e multibacilar (BRASIL, 2011).

Nos casos paucibacilares, é utilizada a associação de dois medicamentos (rifampicina e dapsona) e nos casos multibacilares, é utilizada a associação dos três medicamentos (rifampicina, dapsona e clofazimina). Sendo assim, os esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional, são demonstrados nos quadros 1,2 e 3 abaixo, conforme recomendado pela Portaria 125 de março de 2009 e Caderno de Atenção Básica n.º 21, sendo que para a gravidez e aleitamento, é contra indicado o tratamento com PQT (BRASIL, 2009).

Quadro 1: Apresentação medicamentos para tratamento de PB e MB conforme faixa etária

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

Quadro 2: Esquema terapêutico para paucibacilar (seis cartelas)

Adulto	Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg auto-administrada Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 450mg (uma cápsula de 150mg e uma
--------	---

Criança	cápsula de 300mg) com administração supervisionada Dapsona (DDS): uma dose mensal de 50mg supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada
Quadro 3: Esquema terapêutico para multibacilar (doze cartelas)	
Adulto	Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg auto-administrada
	Clofazimina (CFZ): uma dose mensal de 300mg (três cápsula de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada
Criança	Rifampicina (RFM): uma dose mensal de 450mg (uma cápsula de 150mg e uma cápsula de 300mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 50mg supervisionada e uma dose diária de 50mg auto administrada
	Clofazimina (CFZ): uma dose mensal de 150mg (três cápsula de 50mg) com administração supervisionada e uma dose de 50mg auto-administrada em dias alternados

Fonte: Brasil (2009)

Diante os esquemas terapêuticos apresentados, advêm que essas incapacidades podem ser evitadas ou reduzidas, caso os portadores de hanseníase forem identificados e diagnosticados o mais cedo possível, tratados com técnicas simplificadas e acompanhados nos serviços de saúde de atenção básica (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a falta de uma programação orçamentária e financeira específica para a hanseníase, no contexto da lei orçamentaria anual, não deve prejudicar o desenvolvimento das ações específicas para esse agravo, uma vez que o próprio Ministério da Saúde determina os repasses financeiros alocados em blocos de financiamento, em que a hanseníase e outras doenças transmissíveis pertencem ao conjunto das ações e financiamento do bloco de vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

Entretanto, é imprescindível que o município em questão fomente maiores investimentos na capacitação profissional e educação permanente dos trabalhadores ligados à hanseníase a fim de que estes sintam maior segurança no atendimento ao usuário desse programa da Atenção Primária e que isto repercuta diretamente na qualidade da assistência prestada, implementando mecanismos de vigilância epidemiológica para o agravo em questão, fortalecendo o seu programa de

controle, promovendo melhorias nos processos de assistência e do resultado final do programa (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

6. METODOLOGIA

6.1 Desenhos do estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem qualitativa. A escolha da abordagem qualitativa é uma maneira de obter dados a partir de observações e interações verbais, ocupando-se mais com o ponto de vista dos participantes, que possuem liberdade de resposta (GALVÃO, 2008).

O estudo de intervenção é um empreendimento planejado formado por um conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas, com o fim de alcançar objetivos específicos dentro dos limites de um orçamento e de um período de tempo dados (MAXIMINIANO, 2002). Esse tipo de projeto se caracteriza por visar a uma mudança ou transformação em uma dada realidade, nos aspectos estrutural ou processual (VALERIANO, 2008).

6.2 Local do estudo

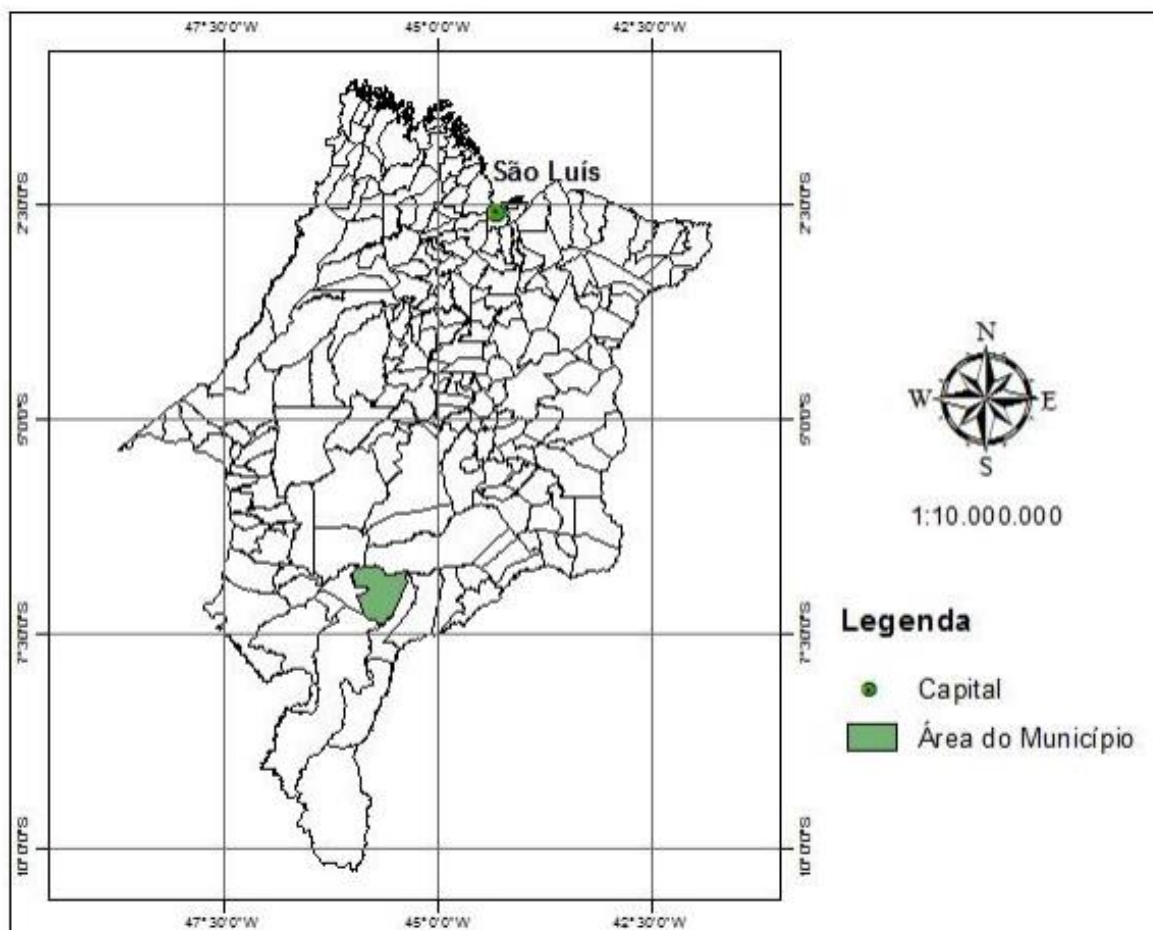
O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Maria Jose Ferreira – Povoado Morro do Chupé – município de São Raimundo das Mangabeiras – Maranhão, com o apoio da secretaria de saúde do mesmo, no sentido de disponibilizar veículo, panfletos e assistência social e psicológica aos pacientes que se sente abalados socialmente com a doença.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem procedendo a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, a partir de seu ambiente físico e social, com procedimentos que facilitam a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Em São Raimundo das Mangabeiras, a relação entre profissionais da saúde e a população é de 1/87 habitante, segundo o IMESC (2010).

A referida cidade desenvolveu-se às margens do Rio Neves e do ribeirão Cachoeira, incluindo, ainda, as cacimbas do Bairro Ouro Preto Palmeiras e o Riacho Engano. Sua toponímia é uma alusão a São Raimundo Nonato, adotado por

Cipriano Taveira como o padroeiro da cidade, e à vastidão de matas mangabeiras que existiam no local. Sua população estimada em 2016 era de 18 548 habitantes (FIGURA 2).

Figura 2 - Mapa de localização do município de São Raimundo das Mangabeiras



Fonte: Google maps

A estrutura física da UBS Maria José é composta à frente por jardim e garagem. Ao adentrar no recinto, nos depara-se com a recepção. A unidade é composta também por: administração, consultorio odontológico, consultório médico, farmácia básica, sala de procedimento, consultório de enfermagem, sala de recuperação, sala de reunião, depósito e lavanderia, sala de vacina, sala esterilização, banheiro pacientes, banheiro funcionários, cozinha e despensa, jardim de inverno e corredor principal.

O corpo colaborativo da referida unidade é composto por gestores, profissionais de níveis superiores e técnicos, que ocupam os cargos de autoridades. Alguns desses colaboradores são graduados em cursos relacionados às áreas de

atuação da Estratégia Saúde da Família (Médico, Dentista e Enfermeira), enquanto que outros são de níveis técnicos, médios ou graduados em outros cursos. Foi classificado como administrador o diretor da UBS, que coordena as categorias que ocupam os cargos do corpo superior, técnicos e colaboradores.

Os limites da UBS do Morro do Chupé são:

Quadro 4: Distribuição dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Maria de acordo com o local de trabalho. São Raimundo das Mangabeiras, 2018.

Região	Povoado
Leste	Povoado Vale Verde
Oeste	Povoado Jua. Norte
Norte	Povoado Ata Boa
Sul	Assentamento Bacuri

Fonte: Unidade Básica de Saúde Maria, São Raimundo das Mangabeiras, 2018.

A referida UBS está há 22 km da Secretaria de Saúde do município de São Raimundo das Mangabeiras e 700 km da capital do Estado do Maranhão. Não faz limites com outros Bairros e nem municípios.

Está composta pelas seguintes localidades: Morro do Chupé, Jaburu, Vereda da Égua, Chácara UL, Eucalipto, Água Suja, Santa Fé, Cairo I, Cairo II, Fazenda Buritizal, Santa Maria, Caminho Velho, Morro Vermelho, Barracão, Melancia, Juá, Linguiça, Caluceira, Limoeiro, Morro Velho, Barrada Vagem, Vereda da Vaca, Fazenda Mequém, Lagoa Redonda, Barreira, Taboa do cidadão, Sucuruju, Sobradinho, nova descoberta, Bedouro, Conta galo, Vereda grande.

O Povoado Morro do Chupé, localidade com 912 habitantes com saneamento básico, água tratada, ruas assfaltadas e coleta de lixo duas vezes na semana. Com renda per capita de um salário mínimo, economia puramente agricultura e comércio, está há 22 km da cidade de São Raimundo das mangabeiras Maranhão. Conta com uma escola estadual sobre a rodovia transamazônica, uma praça utilizada como área de lazer, três igrejas evangélicas e uma católica. Não existem barreiras geográficas, áreas de risco, equipamentos sociais públicos ou privados, organizações não governamentais, empresas, espaços de lazer, etc.

Figura 3 – Vista satélite do Povoado Morro do Chupé



Fonte: Google maps

6.3 População do estudo

Considera-se um universo de estudo ao total de nove pacientes com diagnóstico clínico ou laboratorial de hanseníase, sendo 6 pacientes em tratamento e 3 com diagnóstico de cura, entre as idades 18 a 87 anos.

Fizeram parte do estudo também quatro familiares de pacientes com hanseníase e nove profissionais de saúde que atuam na UBS, como um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um recepcionista.

Quadro 5: Distribuição dos profissionais da Unidade Básica de Saúde Maria de acordo com o local de trabalho. São Raimundo das Mangabeiras, 2018.

Categoria	Cargo	Quantidade
Administração	Diretor	01
	Médico	01

Corpo Superior	Dentista	01
	Enfermeira	01
Corpo Técnico	Técnico de enfermagem	01
	Técnico dentista	01
Colaboradores	Recepcionista	01
	Agentes de saúde	04
	Vigias	02
	Zeladora	01
Total		14

Fonte: Unidade Básica de Saúde Maria, São Raimundo das Mangabeiras, 2018.

6.4 Coletas de dados

A coleta de dados iniciou-se em 01 abril a 01 agosto de 2018, na própria unidade básica de saúde. Como instrumento de coleta de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada que se desenvolve por uma relação fixa de perguntas subjetivas, podendo ser expressas livremente pelo participante, passando a ser uma conversa, e não exigindo que o entrevistado saiba ler e/ou escrever (MESQUITA FILHO; GOMES, 2014). Esta foi gravada, com a permissão do entrevistado.

Foi montado um roteiro com perguntas semiestruturada (APÊNDICE A), para facilitar o diálogo entre pesquisadores e pesquisados, com o máximo cuidado para que a entrevista não fosse ofensiva.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados na UBS, sede da ESF. Os objetivos e procedimentos foram relatados e solicitou-se sua participação. Quando houve concordância, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Em seguida, o roteiro de entrevista foi lido e, havendo compreensão, o qual foi gravado o que foi perguntado a cada um dos pesquisados. No caso de dúvidas, as perguntas eram relidas quantas vezes fossem necessárias para o entendimento, não se explicando seu teor, para se evitar influências do entrevistador.

6.4.1 Instrumento para coleta de dados

Como temas de conversação, falou-se sobre a Hanseníase, o sentimento do hanseniano acerca do preconceito no convívio familiar, o tratamento da hanseníase e relação familiar do portador de hanseníase. E para que haja redução do nível de preconceito sentido pelos pacientes portadores de hanseníase na UBS será realizado um diagnóstico situacional baseado no procedimento da estimativa rápida, que constitui de informações sobre pacientes com hanseníase e problemas enfrentados por causa da doença, num período de tempo curto e sem muito gasto.

Parte do diagnóstico situacional será coletado no setor administrativo da Prefeitura São Raimundo das Mangabeiras, referentes às atividades econômicas prevalentes, meios de transportes, comunicação, escolares e equipamentos sociais importantes. Em relação aos problemas de saúde e sociais prevalentes, buscou-se na Secretária de Saúde do Município, para obter um resultado satisfatório.

Quadro 6: Diagnóstico situacional do Povoado Morro do Chupé – Características gerais da população

Aspectos	Equipe
Atividades econômicas prevalentes	Comércio Artesanato Atividades autônomas
Meios de transportes mais utilizados	Motocicleta Ônibus Automóvel
Meios de comunicação mais utilizados	Televisão Telefone Internet Rádio
Problemas de saúde prevalentes	Diabetes Hipertensão Doenças cardiovasculares Doenças respiratórias
Problemas sociais prevalentes	Uso de drogas Alcoolismo Falta de opções de lazer Falta de cursos profissionalizantes Preconceitos Comunidade pouco participativa de ações sociais Presença de roedores Presença de pragas urbanas

Nível de escolaridade prevalente	Ensino fundamental Ensino médio
Equipamentos sociais importantes	3 igrejas – católicas e evangélicas 1 Escolas - 1 Municipal 1 UBS 1 praças

Fonte: Prefeitura São Raimundo das Mangabeiras, 2018.

6.4.2 Estratégias para coleta dos dados

Este estudo encontra-se concluído e que servira de base para outros estudos. No primeiro momento, buscou-se apreender a percepção do portador sobre a hanseníase e acerca do preconceito no cotidiano familiar e no serviço de saúde, o qual buscou uma linha de cuidado, por meio de orientação tanto paciente quanto familiar que a doença tem cura e que o tratamento deve ser realizado.

No segundo momento foi abordado em palestras que não deve haver abandono para o tratamento e que o preconceito deve ser notificado para que a Atenção Primária possa contribuir na continuidade do tratamento.

Em terceiro momento foi elaborado e implementado um plano de educação em saúde para a população objeto do estudo, familiares dos pacientes com a doença e para os profissionais de saúde direcionados para o combate ao preconceito com o portador de hanseníase, para melhorar o estado psicológico do paciente, fornecendo substrato de forma adequada, diminuindo o preconceito.

Isso ocorreu através de um convívio com os familiares e pacientes, tirando suas dúvidas, orientando-os quanto ao respeito e tratamento e evidenciando a cura que tem cura e que o preconceito inibe o paciente ir adiante a dar continuidade ao tratamento. Foi evidenciado que a qualidade de vida, o apoio através de amor, carinho e solidariedade podem proporcionar cura ao paciente. Durante essa etapa do projeto, ocorrerá observação participante, com registro de dados em um diário de campo.

Por fim, aconteceu a avaliação do plano de educação, pelos pacientes portadores de hanseníase em relação ao preconceito. Foram desenvolvidas nessa etapa, outras entrevistas a respeito das palestras aplicadas para verificar se houve melhorara a qualidade de vida dos pacientes através da redução do preconceito.

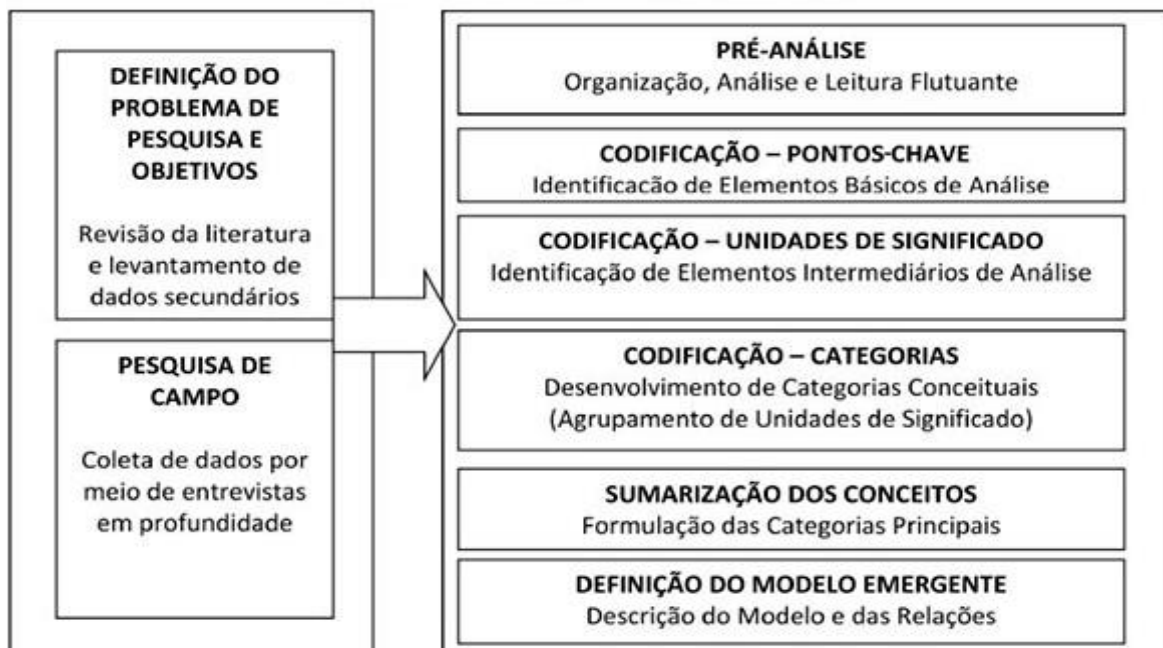
6.5 Análises dos dados

Delineou-se, um estudo exploratório, com abordagem qualitativa utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2011), cujos dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com a participação de nove pacientes e profissionais de saúde. Após escutar as gravações, as entrevistas foram transcritas, e feita uma análise dos depoimentos mais importantes para fazer parte dos resultados, como fatores essenciais.

Para chegar aos finais, foi necessário adotar o Esquema Básico da Análise de Conteúdo que é dividido em duas etapas, conforme Bardin (2011):

- i) Pré-análise: no presente estudo, a pré-análise consistiu na organização do material, na escolha dos documentos a serem analisados, e na formulação de pressupostos que fundamentaram a interpretação final.
- ii) Exploração do material: esta etapa consiste na codificação dos dados, ou seja, visa a descrever as características referentes ao conteúdo, com ênfase na escolha de categorias.
- iii) Tratamento dos resultados: após as etapas de pré-análise e exploração do material, a análise de conteúdo foi aplicada para o tratamento de dados conforme esquema apresentado na figura 4.

Figura 4 – Esquema básico da Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin (2011).

Para que chegasse a definição do problema de pesquisa e dos objetivos, foi realizado busca na literatura, para que fizesse o levantamento dos dados secundários. Iniciando pela organização dos textos publicados, foi feita uma análise e leitura resumida para que separasse somente os que tinham importância para o estudo.

Após pré-análise dos textos, foi realizado a identificação dos elementos básicos para contemplar a pesquisa e fazer parte do corpo do trabalho e por fim foi realizado a codificação dos elementos intermediários de análise.

E para que fosse realizada a pesquisa de campo, houve a coleta de dados por meio de entrevista no qual houve aprofundamento das categorias e definição do modelo emergente.

Desta forma, pode-se adequar os procedimentos de pesquisa de acordo com as necessidades encontradas ao longo do processo investigativo, respeitando os pressupostos intrínsecos aos aspectos quantitativos e qualitativos, tais como as suposições envolvidas nos princípios inerentes a uma coleta de dados qualitativa, para então cotejar os resultados de forma coerente.

A avaliação deste plano de educação como estratégia para reduzir o preconceito foi feita após a sua implementação tendo por base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas, sabendo que relativamente os indicadores de resultado e a avaliação não podem ser imediatos, pois estes tipos de indicadores requerem algum tempo para se medir o impacto que o projeto teve.

6.6 Aspectos éticos

O projeto de intervenção foi encaminhado para a Unidade Básica de Saúde, sendo que o projeto atendeu todas as determinações contidas na Resolução CNS nº 466/12 e outras correlatas do Conselho Nacional de Saúde. A participação foi de forma voluntária, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo entrevistado. Foi solicitado autorização à Secretaria de Saúde do município para iniciar a pesquisa.

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, cada paciente diagnosticado foi informado sobre a importância da doença: diagnóstico, tratamento, complicações e seguimento psicossocial, assim como, também que seu caso estará sendo estudado e mantido sobre sigilo médico.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Resultados

Em relação às entrevistas com pacientes, pode ser destacado que muitas vezes o preconceito e o estigma surgem não apenas das pessoas, mas do próprio paciente, em aceitar a doença, criando, frequentemente, o rompimento dos laços, tanto com os amigos, quanto com a família e isolando-se na própria residência.

Faz constar-se alguns trechos das entrevistas, sobre a percepção da hanseníase, nos quais é nítido que o preconceito começa com o próprio paciente, muitas das vezes por falta de conhecimento. É o que diz o paciente J. R. C. M. de 59 anos quando soube que estava com a doença, *“Quando me disseram que tinha Hanseníase, meu mundo caiu, pois sou pastor, não posso ter essa doença”*.

O desconhecimento e o preconceito ainda persistem na sociedade. Ainda que hoje mesmo que muito mais se saiba a respeito da hanseníase, encontra-se grande número de pessoas que, por exemplo, acredita que esta esteja totalmente erradicada do país e/ou do mundo. Ou que as deformações que dela podem decorrer sejam inevitáveis, e que seu contágio seja rápido e fácil, o que deixa claramente identificada a necessidade social de desconstrução do preconceito que ainda cerca a hanseníase, e deve ser reconhecida a imensa dívida das autoridades e da sociedade com esse grupo durante tanto tempo, e ainda hoje, discriminado e isolado do convívio social, alienado de seus bens, seus entes queridos e seu direito ao exercício profissional (PRADO et al., 2011).

Há casos nos quais a própria família do paciente é a primeira a discriminar a doença. Por exemplo, o companheiro evita contato com o cônjuge, é o caso de L. C. R. de 52 anos, onde diz *“Meu esposo não aceita a doença, desde que eu comecei a tomar os remédios, ele mudou de quarto, e, isso é muito triste”*. Ou filhos por não

terem conhecimento evitam contato com os pais. A filha de M. A. O. 74 anos, nem chega perto e ainda fala *“Ahh! Ela tem essa doença, Meu Deus! Isso pega, né?”*.

Arruda et al., (2016) relata que a ausência de informação ainda é um dos principais fatores que permitem a ocorrência de novos casos de hanseníase a cada dia. Os jovens são os futuros geradores de informação e conhecimento. E somente serão capazes de promover o desenvolvimento se receberem o conhecimento necessário.

O convívio familiar pode apoiar o portador de hanseníase, mesmo que também sofram com o preconceito, podendo-se envolver assim vários sentimentos nesse processo, como amor, companheirismo, dentre outros. Muitas vezes, o portador da doença não consegue dominar seu próprio estigma, apesar de saber que a hanseníase tem cura, pois têm receio de que outras pessoas descubram.

“Tenho o apoio da minha esposa, o resto da família prefere não falar sobre a hanseníase por conta do preconceito, conheço a doença e suas complicações e faço o tratamento contínuo” (O. J. R 64 anos).

“Meu pai não me ajuda muito, mas o resto da família sim, minhas irmãs me abraçam e me beijam, meu pai ocultava a doença das pessoas, família e amigos, acho que seja pelo trabalho dele. Sofri muito, porque tive as complicações da hanseníase, mas completei o tratamento” (J. H. C. M. 22 anos).

A superação da dor física poderá ser amenizada com o uso de medicamentos (ARCO et al., 2016); no entanto, no concernente as dores emocionais, estudos afirmam que o apoio familiar e um bom acompanhamento da equipe de saúde oferece suporte significativo para a pessoa (SILVEIRA et al., 2014).

A hanseníase, conseqüentemente, oferece grande prejuízo para a vida diária e as relações interpessoais, provocando um sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar, fortemente relacionados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico. A desinformação da doença faz com que as pessoas tenham preconceitos com os portadores da doença.

“Eu sei que a hanseníase é uma doença que pode ser tratada, mas os meus vizinhos não podem saber que tenho essa doença, porque se não eles vão sair falando” (M. A. O. 74 anos).

“Passaram anos para diagnosticar a doença, tive muito medo, minha bisavó faleceu por complicações da hanseníase, então senti medo que fosse excluído, mas sempre tive o apoio da família e amigos, hoje estou curado” (H. A. R. 59 anos).

O impacto provocado pela doença interfere no cotidiano das pessoas; por conta da hanseníase, vivem a ameaça constante de preconceito, sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais (MONTE; PEREIRA, 2015).

Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância das ações de educação em saúde, que devem ser estendidas à família e aos profissionais de saúde, pois esta é importante fonte de apoio no tratamento dessa enfermidade, que é tão estigmatizante.

“Eu cheguei a solicitar ao médico requisição para revacinação da BCG, porque pensava que a doença pegava no primeiro contato, hoje eu sei que revacinação é para os contatos intradomiciliar da hanseníase” (Relata o técnico de enfermagem).

Os serviços de saúde devem envolver os familiares no controle e tratamento de seus doentes. A ocultação do diagnóstico a alguns membros da família esteve presente, valendo ressaltar que, a família é considerada a principal componente de apoio aos portadores.

“Quando ficava sabendo que tinha pacientes na minha micro área com hanseníase, tinha receio de entrar no domicílio, mas depois do curso de capacitação tudo mudou” (Relato o ACS).

Os serviços de saúde fragmentados e centrados em aspectos biológicos podem considerar os impactos da doença apenas no corpo físico ou a nível psicológico, quando na verdade a hanseníase produz dores e impactos em muitos outros aspectos que dificultam e aprofundam a desigualdade social, tais como isolamento e perda de direitos trabalhistas e sociais (GONÇALVES et al., 2018).

Portanto, frente ao contexto, a equipe de saúde da família deve estar consciente da importância do seu papel no processo de tratamento e cura da hanseníase, prestando assistência humanizada a esses usuários, para que possa ser oferecido tratamento de forma integral, garantindo cura e reabilitação, e encorajando a comunidade a participar de ações coletivas que visem ao esclarecimento acerca da doença. A. S. N. de 56 anos relata o seguinte:

“Sei o que a hanseníase e suas complicações, eu mesmo procurei o posto de saúde, porque eu tive contato com pessoas com hanseníase há 6 anos. Sei que as pessoas ainda têm preconceitos com a doença, mas eu não tenho, sei que existe tratamento e por isso procurei o posto de saúde”.

Em vista disso, é preciso formular uma nova caminhada para a assistência em saúde do usuário hanseníaco, centrando como base o sujeito e a construção de um sistema que viabilize alternativas adequadas ao vivenciar humano. Arquitetar uma abordagem que tenha como premissa básica conhecer os sentimentos de estigma do portador de hanseníase; isto possibilitará a inserção do mesmo nos universos familiar e social.

“Não tenho essa doença, a doutora cubana disse que eu tinha hanseníase, mas eu não tenho, fiz o exame e deu negativo. Eu sofri muito, quando disseram que tinha a doença, se espalhou pelo povoado, e, eu vendia pasteis no colégio, e, perdi todos os pasteis, porque as pessoas deixaram de comprar, eu não vou tomar esse remédio” (D. S. C.S. 77 anos).

É interessante perceber que nem sequer o nome da doença é pronunciado claramente pelos próprios pacientes. É como se eles não se sentissem bem falando o termo hanseníase.

Assim, Gonçalves et al., (2018) evidencia que com as mudanças tecnológicas do trabalho em saúde, muitas vezes os diagnósticos clínicos dependentes das tecnologias leve-duras e leves não são valorizados.

O preconceito pode ser minimizado através da Educação em Saúde, não apenas em Unidades de Saúde, mas também em escolas, pois orientando a população sobre transmissão, tratamento, e ressaltando a cura, ocorrerá entendimento a respeito da doença, e poder-se-á, assim, minimizar o estigma, possibilitando a reintegração dos portadores à sociedade. É o que diz O. M. J. de 87 anos:

“O povo tem muito preconceito com essa doença, não quero que ninguém saiba disso, minha vó faleceu com a hanseníase, e sofreu muito preconceito, não quero passar pelo mesmo que ela passou, tomo os remédios todos os dias com o apoio da família”.

Nesse sentido, na perspectiva de articular o temático trabalho e hanseníase, e possível entender que o acometimento, e as falas reforçam essa ideia (VASCONCELOS; KOVALESKI; JÚNIOR, 2016), e mais frequente entre os menos favorecidos, seja por motivos de educação em saúde, moradia, saneamento básico, entre outros.

Esses resultados reforçam a necessidade de que sejam realizadas palestras para o núcleo familiar e para os profissionais de saúde da UBS no sentido de valorizar os sentimentos dos portadores de hanseníase e de seus familiares, de modo a atuar para redução do estigma/preconceito e idealizar alternativas que visem não somente a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública, mas também, e principalmente, um resgate da cidadania e do respeito por essas pessoas.

Conclui-se, portanto que, o Ministério Público tem o dever de adotar medidas frente à vulnerabilidade da saúde pública local em decorrência da não observância das obrigações legais do ente municipal. Portanto, razoável que se faça tentativas

no sentido de alcançar um consenso junto ao Poder Executivo, que pode também propor suas sugestões para se adequar aos protocolos legais, sempre deixando visível que o objetivo do Ministério Público é o mesmo da Secretaria Municipal da Saúde: proteger a população e melhorar as condições da saúde pública local.

Em relação ao histórico dos pacientes que já foram entrevistados, podem ser destacados os seguintes trechos de entrevistas:

- 1) Sr. J. R. C. M., (sexo masculino) Data de N: 25/04/1959, ensino médio incompleto - pastor e autônomo.

Sobre a doença eu sei e conheço, mas não sei explicar, sobre o tratamento sei que tem dura um ano, tomo uma dose supervisionada pelo profissional de saúde e as outras são auto-administrado.

Fui diagnosticado com a doença em 15 de março de 2016, pela médica cubana, mas só usei a medicação por uns meses, me senti mal, e, deixei de usar. Hoje em 23 de abril de 2018, eu retornei à medicação por orientação do médico atual, no início eu senti mal, com dor de cabeça, cãimbra, falta de sensibilidade e mudança de cor da pele nas extremidades e pele ressecada, mas foram indicados medicamentos para o uso paliativos, paracetamol, dexametasona pomadas, vitamina B1, protetor solar, creme de pele para o ressecamento, e hoje me sinto bem.

Sabe, eu tive um amigo de trabalho que teve essa doença, ele fez o tratamento e hoje está bem, só peço a Deus que me dê a mesma bênção de logo está livre da hanseníase (risos).

- Sobre o preconceito:

Eu não tenho preconceito de mim mesmo, mas tenho medo do que o povo pode falar e prejudicar meu trabalho, sou pastor, trabalho com o povo, e, tudo é muito difícil, as outras igrejas pode querer utilizar minha doença para afastar meus fies, eu

amo o que eu faço e não quero perder (textual). Só quem sabe são as pessoas do meu núcleo familiar, esposa e dois filhos dos sete filhos que tenho. Não me sinto confortável quando vou ao posto de saúde pegar a medicação, não por falta de confiança nos profissionais, mas sim por alguns funcionários do posto que mora aqui no povoado, e, que são faladores, eu prefiro ir pegar a medicação na secretaria de saúde, porque, lá ninguém me conhece.

Teve um caso aqui no povoado da Sra. Domingas, que o diagnóstico dela veio a luz, e todos ficaram sabendo que ela tinha lepra, essa mulher sofreu demais aqui: Expulsaram ela do colégio, onde ela vendia lanche, lhes apontavam o dedo como leprosa, todos se afastaram dela, ela já faleceu de paro cardíaco, mas foi uma pessoa que sofreu muito o preconceito da comunidade, essa mulher vivia angustiada, vinha aqui e chorava, poderia se dizer que ela entrou em depressão, congregava na minha igreja, eu mesmo escutei pessoas falarem que ela era leprosa, que não deveriam comprar nada do que ela vendia, o povo aqui distorcem os fatos, então para evitar sofrimento maior prefiro manter o diagnóstico da minha doença em segredo, vai ser melhor assim, quando terminar o tratamento eu darei o meu testemunho (Risos).

- 2) M. A. O. (sexo feminino) Data N: 28/11/1944 ensino fundamental completo – aposentada.

Conheço a doença e o tratamento, mas não sei lhe explicar. Fui diagnosticado 30/10/2017, mas já passei por muitos doutores e eles nunca descobriram o que eu tinha, gastei mais de 4.000 reais com exames. A doutora cubana desconfiava que tinha a doença, mas acho que ela ficou com medo dos meus filhos não aceitarem a doenças, e ter problemas com eles. Mas eu fico muito alegre de poder está fazendo o tratamento, antes do

tratamento eu queimava minha mão com o fogo e não sentia, era difícil preparar a comida e pegar objetos.

3) M. D. A (sexo feminino) filha de Margarida.

Minha mãe é uma pessoa difícil de cuidar, mora aqui sozinha, não que ir morar comigo, tenho que vir todos os fins de semanas de outra cidade para supervisionar o uso correto das medicações. Eu não posso está cuidando dela aqui, estudo e trabalho. Mas ficamos felizes porque estivemos com vários médicos e ninguém descobriu essa doença, ela melhorou muito, todos vamos lhe apoiar.

4) R. A. O. (sexo feminino) filha da Margarida

Eu não tenho preconceito, faço tudo para ajudar minha mãe, mas senti um pouco de preconceito por parte da técnica de enfermagem no posto de saúde de Balsas-MA, quando fui fazer administração da revacinação da BCG, por ser contato intradomiciliar de paciente com hanseníase, fiquei sem palavras, acho que o preconceito deve ser trabalhado primeiramente no serviço de saúde (textual).

5) H. A. R (Sexo masculino)

Eu conheço a doença, clinica, diagnóstico e tratamento, passei seis meses para poder ser diagnosticado, fiz vários exames e todos deram negativos. Fizem aqui no posto o exame clinico, só que a doutora ficou com recesso de determinar o diagnóstico por conta de alguns problemas que ela tem com outros pacientes do povoado, que não aceitaram o diagnóstico e queriam processar a doutora, ai fui no médico particular e ele me pediu uma ressonância magnética do estomago e pulmões, não entendi o porquê da solicitação, mas eu queria descobri o

que eu tinha, e nato fui de Araguaiana-Tocantins, Já suspenderam a ressonância magnética e me fizeram uma nova avaliação medica, então me encaminharam para o serviço de dermatologista, aonde foi feito um exame exaustivo do meu corpo, me mandaram tirar a roupa toda – riso. No mesmo dia eles coletaram exame para biopsia e confirmaram o diagnóstico de hanseníase multibacilar. Hoje eu já voltei com a dermatologista e ela me deu o diagnóstico de cura, mas sei que tenho que esperar seis meses, porque, pode ser que tenha as reações. Na minha família tenho como cinco casos de hanseníase todos tratados.

Nunca tive preconceito, e nunca percebi por parte de outras pessoas ou familiares, eu digo para as pessoas que tive a doença, mas que estou curado. Eles perguntam porquê da minha pele está tão preta – risos, o que digo é que fui a São Luís –Ma para bronzear-me – risos.

6) R. F. O. R. (sexo feminino) esposa de Honório

Não tenho preconceito, meu marido sempre teve meu apoio, família e amigos.

7) O. M. J (sexo feminino)

Conheço a doença, tive uma irmã que teve, e a dela foi grave, demoram muito para descobrir a doença, fizeram exames, mesmo assim não descobriram. Ela tomou o remédio por um ano, ela fumava e ficou difícil para tratar a doença.

Nunca me senti que fui discriminada pelo fato de ter hanseníase, tenho apoio da família e amigos. Tenho muito medo de ter feridas na pele, e, assim ser discriminada pelas pessoas de fora.

8) J. H. C. M (sexo masculino)

Sofri preconceito sim, pelo meu pai, nunca me ajudou a comprar nem um remédio para dor. Sofri com a doença e com a reação tipo 2, mas superei as duas, hoje estou bem graças ao acompanhamento das pessoas do posto de saúde do povoado. Cheguei a ser internado duas vezes pela reação tipo 2, os sintomas foram muito fortes.

9) A. S. N (sexo masculino)

Eu não tenho preconceito com relação à hanseníase. Convivi com um colega de trabalho que tinha a doença, e, foi eu que lhe orientei a procurar um médico, ele já está curado. Sei que tem muitas pessoas que tem preconceito, principalmente aqui no povoado, mas eu sei que tem tratamento, e mandei minha esposa para fazer o teste de sensibilidade.

8. CRONOGRAMA

Atividades	Indicador	Público-alvo	Tempo de execução e responsáveis	Avaliação
Informação sobre a Hanseníase em Unidade Básica de Saúde/ Apresentar o projeto	Nº de pessoas beneficiadas pela Estratégia Saúde Familiar	Homens e mulheres	Apresentar o projeto em 3 a 9 meses/ Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, dentre outros	Avaliar se o portador de hanseníase sendo bem assistido pela unidade de saúde
Orientar os doentes e familiares na promoção da saúde e prevenção da hanseníase	Nº de usuários que compareceram na UBS	Pacientes e familiares	Três meses para o início das atividades/ Gestores e profissionais de saúde	Descrever o problema priorizado proporcionando vínculo entre usuários e equipe de saúde através de maior confiança e credibilidade.
Diminuir o preconceito sobre a Hanseníase através de orientação	Famílias abordadas pelos ACS	Pacientes e familiares	Três meses para o início das atividades/ Agentes Comunitários de Saúde	Registrar durante ação sobre o conhecimento da hanseníase, identificando o preconceito como grave problema.

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

9.1 Recursos materiais

Será utilizado como recursos materiais:

- Internet e computador para coleta e comparação sobre informações e estudos pré-existente sobre o tema estudado.
- Gravador de voz.

9.2 Recursos financeiros

Descrição	Qte	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Banner	1	100,00	100,00
Folhetos	500	0,25	125,00
Gravador de voz	1	300,00	300,00
Impressora	1	250,00	250,00
Cola	10	0,95	9,50
Papel Office A4	1	10,00	10,00
Caneta	10	1,00	10,00
Total			804,50

Os materiais utilizados nas atividades do presente projeto foram custeados pelo cursista e pela Secretaria Municipal de Saúde São Raimundo das Mangabeiras - MA.

10. CONCLUSÕES

A partir de um diagnóstico situacional da saúde da população do Morro do Chupé e município de São Raimundo das Mangabeiras - MA, foram identificados alguns problemas familiares e sociais por rejeitar o paciente portador de hanseníase. O problema mais evidente foi à continuação do tratamento por falta de conhecimento da doença e o preconceito.

O projeto de intervenção busca conhecer as principais causas que podem originar o preconceito para com os portadores de hanseníase e foi avaliado que a falta de informação ainda é um grande vilão para com o próximo. Para isso, é importante que profissionais de saúde tenham o cuidado em orientar não somente o paciente, mas o familiar e a comunidade, para que estes tenham conhecimento de que a hanseníase tem cura.

A ESF tem o propósito de implantar a educação em saúde, garantindo os direitos dos pacientes de forma que o preconceito minimize, a partir do conhecimento, planejamento de ações e organização do processo de trabalho.

Partindo desse problema, o plano de intervenção para diminuir o preconceito foi de grande valia. Entretanto, observa-se a necessidade organizacional de novos planejamentos de ações para sanar as dificuldades encontradas pelos pacientes.

Ressalta-se que este projeto de intervenção foi concluído com o apoio das equipes de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Maria José Ferreira, por isso, acredita-se na sua viabilidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia & Sociedade**. Psicol. Soc. vol.20 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2008.
- ALMEIDA, A. M. C. **Projeto De Intervenção**. 2017.
- ANTUNES, J. L. F; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 565-576, 2015.
- ARCO, R. D. et al. Diagnosis and medical treatment of neuropathic pain in leprosy. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, 2016.
- ARRUDA, Jalsi Tacon et al. Hanseníase e o preconceito: estudo de caso em duas escolas do ensino fundamental em Goiânia–GO. **RENEFARA**, v. 9, n. 9, p. 123-135, 2016.
- ARRUDA, J. T. et al. Hanseníase e o preconceito: estudo de caso em duas escolas do ensino fundamental em Goiânia–GO. **RENEFARA**, v. 9, n. 9, p. 123-135, 2016.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
- BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, p. 57-68, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para Tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2ª ed. Brasília (DF); 2008. 92 p. **Série A. Normas e manuais técnicos**. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, 2, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Relatório de gestão** janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Controle e Atenção da hanseníase. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância **Epidemiológica**. Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase: caderno do monitor / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009.** 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html. Acesso em: 08 de julho de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, 2010.

CARVALHO FILHO, R; SANTOS, S. S; PINTO, N. M. M. Hanseníase: detecção precoce pelo Enfermeiro na Atenção Primária. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG – 3(2)**, Nov./Dez. 2010.

CHICHAVA, O. A. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento da hanseníase em pacientes de 78 municípios do Estado do Tocantins [Dissertação de Mestrado]. **Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará**, 2010.

FIGUEIREDO, Andréia Pinto Prevedello de. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social.** Fundação UNIRG Centro Universitário UNIRG. Gurupi – TO, 2012. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/MonoAndreia.pdf>. Acesso em: 26 de junho de 2018.

FIGUEIREDO, I. A. **O Plano de Eliminação da Hanseníase na Brasil em Questão.** São Luís, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** – 1.ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. – (Práticas de enfermagem)

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

GALVÃO, C. M. DAL SASSO MENDES, K; CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, R. C. de; Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GONÇALVES, M.et al. Trabalho e hanseníase: as mulheres em suas dores, lutas e labutas. BVS Integralidade em Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 1, p. 706-714, 2018.

GONÇALVES, S. D; SAMPAIO, R. Fa; ANTUNES, C. M. de F.. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 267-274, 2009.

HAMESTER, C. **A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no DF.** Dissertação de Mestrado, - Universidade de Brasília, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Raimundo das Mangabeiras**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-raimundo-das-mangabeiras/panorama>. Acesso em 01 de agosto de 2018.

IKEHARA, E. et al. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. **Acta fisiátrica**, v. 17, n. 4, p. 169-174, 2016.

JESUS. A. F. da C. **Estudo de intervenção para o aumento da auto-eficácia e controlo, e a diminuição da sintomatologia percebida**. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7384/8/ulsd064065_td_capitulo5.pdf. Acesso em 01 de agosto de 2018.

JUNQUEIRA, A. V. et al. Aspectos psicopatológicos na hanseníase e nas reações hansênicas. Mestrado em Medicina Tropical, Universidade Federal de Goiás; 2006.
LANA, Francisco Carlos Félix et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014.

MARTINS, P. V; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Rev Saúde Coletiva**.; v. 24, n. 1, p:273-89, 2014.

MARTINS, R. B; BOUÇAS, P. D. P. Hanseníase: o papel do enfermeiro na prevenção e na luta contra o preconceito. Faculdades integradas de Ourinhos **FIO FEMM**. Departamento de enfermagem. São Paulo: [s. n.], 2010.

MAXIMINIANO A. C. A. Administração de projetos. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MESQUITA FILHO, M; GOMES, C. F. L.. Preconceito e conhecimento sobre hanseníase: a situação do agente comunitário de saúde. **Revista BIOETHIKA. Centro Universitário São Camilo**, v. 8, n. 2, p. 153-160, 2014.

MINAYO, M. Ce. de S. et al. O desafio da pesquisa social. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINUZZO, D. A. **O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal [Dissertação]**. Portugal: Erasmus Mundus Dynamics of Health and Welfare, Universidade de Évora; 2008.

MONTE, R. S.; PEREIRA, M. L. D.. Hansen's disease: social representations of affected people. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 6, 2015.

MONTEIRO, S. C. L. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Belo Horizonte, 2010. NAKAE, Marisa Fumiko. **Nada será como antes – o discurso do sujeito coletivo hanseniano. Mogi das Cruzes – São Paulo**, 2010.

MORENO, C. M. C; ENDERS, B. C; SIMPSON, C. Avaliação das incapacidades de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev.Bras. Enfer.** 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. RECORD, WHO Weekly Epidemiological. Geneva: World Health Organization; 2016. **Google Scholar**, p. 441-60, 2016.

PIRES, Carla Andrea A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 2, p. 292-295, 2012.

PRADO, R. A. et al. Hanseníase: do preconceito ao conhecimento. **Caderno de Publicações Acadêmicas**, v. 1, n. 1, p. 77, 2011.

SILVA, C. S.. **Consulta de Enfermagem: Desafios à sua implementação na atenção ao hipertenso e diabético**. 2015.

SILVA, M. C. D; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 223-229, 2010.

SILVA, R. C. P., Lopes, A., Guisard, C. L. M. P., Peixoto, E. S., Metello, H. N., Ito, L. S., Santos, M. A. H., Ferreira, M. E., Clemente, M. G., & Nogueira, W. (2008). História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela Hanseníase em Serviços de Saúde do estado de São Paulo. **Hansen Int**, vol. 33, n. 1, p. 9-18.

SILVEIRA, M. G. B. et al. Hansen's disease patients: psychological impact of the diagnosis. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014.

SOUSA, A. A. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, 2013.

SOUSA, G. S. de; SILVA, Rodrigo Luis Ferreira da; XAVIER, Marília Brasil. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde em debate**, v. 41, p. 230-242, 2017.

VALERIANO, D. L. Gerenciamento estratégico e administração por projetos. São Paulo: Makron Books. 2008.

VASCONCELOS, R. S; KOVALESKI, D. F; JUNIOR, Z. C. T. Doenças negligenciadas: revisão da literatura sobre as intervenções propostas. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 6, n. 2, p. 114-131, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Para o paciente:

- 1) Gostaria que você me falasse sobre a hanseníase.
- 2) Como você se sente em relação à hanseníase?
- 3) Como é seu convívio com a família?
- 4) Quais são suas dúvidas em relação à hanseníase?
- 5) Você se sente discriminado por ser portador da hanseníase?

Para o familiar:

- 1) Gostaria que você me falasse sobre a hanseníase.
- 2) Como é seu convívio com o paciente que convive com hanseníase?
- 3) Quais são suas dúvidas em relação à hanseníase?
- 4) Você sente preconceito com relação à hanseníase?

Para o profissional de saúde:

- 1) Gostaria que você me falasse sobre a hanseníase.
- 2) Como é seu convívio com os pacientes portadores de hanseníase?
- 3) Quais suas dúvidas em relação à hanseníase?
- 4) Você sente preconceito com relação a hanseníase?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada **“PRECONCEITO COM O HANSENIANO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Projeto de Intervenção”**, realizada de abril e junho/2018, cujo objetivo é Reduzir o nível de preconceito sentido pelos pacientes portadores de hanseníase na Unidade Básica de Saúde Maria Jose Ferreira no Povoado Morro do Chupé, município de São Raimundo das Mangabeiras, no Estado do Maranhão, tendo como finalidade avaliar o impacto do programa sobre a percepção do hanseniano em relação ao preconceito. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Deste modo, venho convidá-lo(a) para participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar, por entrevista, observação participante e informações confidenciais:

1) as informações coletadas serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa. Na etapa qualitativa desta pesquisa, serão utilizados gravadores e formulários para coletar as informações das entrevistas semiestruturadas, bem como diário de campo para registro das informações das observações participantes. As gravações ocorrerão somente nos momentos das entrevistas semiestruturadas e das observações, com duração aproximada de 50 minutos. Na etapa quantitativa desta pesquisa, será utilizado um questionário para coletar as informações;

2) que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa;

3) as informações coletadas ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado;

4) não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou premiação por sua participação na pesquisa;

5) a pesquisa apresenta os riscos de possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem dos sentimentos e do conhecimento sobre a hanseníase, assim como da relação familiar ou profissional com pessoas portadoras de hanseníase.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador principal no endereço:

Dr^a. Laura Nascimento Silva (99) 98430-7149

Assinatura do Pesquisador(a)

Data ____/____/____

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Laura Nascimento Silva, solicito autorização para a realização do Projeto de Pesquisa (**PRECONCEITO COM O HANSENIANO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: Projeto de Intervenção), na Unidade Básica de Saúde Maria José Ferreira no Povoado Morro do Chupé, que tem por objetivo primário reduzir o nível de preconceito sentido pelos pacientes portadores de hanseníase na Unidade Básica de Saúde Maria Jose Ferreira no Povoado Morro do Chupé, município de São Raimundo das Mangabeiras, no Estado do Maranhão.

A pesquisadora acima qualificada se comprometem a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.