

**Barreiras à integralidade do cuidado à pessoa com hanseníase: percepção de
Enfermeiros**

Barriers to the integrality of care for people with hanseniasis: perception of Nurses

**Barreras a la integralidad de la atención para personas con lepra: percepción de
Enfermeros**

Recebido: 21/06/2020 | Revisado: 02/07/2020 | Aceito: 03/07/2020 | Publicado: 15/07/2020

Milena Leite Albano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1417-9307>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Brasil

E-mail: milena.albano@ifce.edu.br

Albertina Antonielly Sydney de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1625-1889>

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil

E-mail: albertina_sousa@unilab.edu.br

Kariane Gomes Cezário Roscoche

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2097-2478>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: kariane_gomes@yahoo.com.br

Paulo Rômulo Viana de Oliveira Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4472-5586>

Centro Universitário Christus, Brasil

E-mail: promulovof@gmail.com

Janiel Ferreira Felício

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5601-0086>

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Brasil

E-mail: janielfelicio1@gmail.com

Resumo

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa considerada como problema de Saúde Pública. A integralidade da assistência às pessoas com esta doença se constitui em um grande desafio na atualidade. Objetivo: Descrever a percepção de enfermeiros sobre as barreiras à integralidade do cuidado às pessoas com hanseníase. Métodos: Pesquisa

exploratório-descritiva, qualitativa, realizada em um Centro de Referência Nacional em Dermatologia em Fortaleza-CE, de fevereiro a abril de 2013. Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade aplicada a sete enfermeiros, e analisados segundo técnica de análise de conteúdo de Bardin. Resultados: A categoria principal “Hanseníase: barreiras à integralidade do cuidado segundo a percepção de enfermeiros” revelou como dificultadores da assistência integral: Dificuldades na detecção precoce dos casos de hanseníase; Manejo e enfrentamento ineficazes da doença; e O preconceito como barreira ao cuidado integral. Conclusão: Salienta-se a importância da atuação de profissionais qualificados, principalmente na Atenção Básica, para se atingir a meta de controle e eliminação da hanseníase, bem como da intersetorialidade para superar os obstáculos que permeiam a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Hanseníase; Integralidade em Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros.

Abstract

Introduction: Leprosy is an infectious disease considered as a Public Health problem. Comprehensive health care for people with this disease is a major challenge today. Objective: To describe the nurses' perception about the barriers to comprehensive care for people with leprosy. Methods: It is an exploratory-descriptive, qualitative research, conducted at a National Reference Center on Dermatology in Fortaleza-CE, from February to April 2013. Data were collected with seven nurses through an in-depth interview and analyzed according to the Bardin's content analysis technique. Results: The main category "Leprosy: barriers to the integrality of care according to nurses' perception" revealed as difficulties of integral care: Difficulties in the early detection of leprosy cases; Ineffective management and coping of disease; and Prejudice as a barrier to integral care. Conclusion: Nurses emphasized the importance of the performance of qualified professionals in Primary Health Care to reach the goal of control and elimination of leprosy, to achieve the goal of leprosy control and elimination, as well as the intersectoral approach to overcome the obstacles that involve the Integrality in Health.

Keywords: Leprosy; Integrality in Health; Nurses.

Resumen

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa considerada como un problema de salud pública. La atención integral para las personas con esta enfermedad es un desafío importante hoy en día. Objetivo: Describir la percepción de las enfermeras sobre las barreras a la atención integral para personas con lepra. Métodos: Investigación descriptiva, exploratoria,

qualitativa, realizada em um Centro Nacional de Referência em Dermatologia em Fortaleza-CE, de fevereiro a abril de 2013. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas en profundidad aplicadas a siete enfermeiros, y analizadas utilizando Análisis de contenido de Bardin. Resultados: La categoría principal “Lepra: barreras para la atención integral según la percepción de los enfermeros” se reveló como dificultades para la atención integral: Dificultades en la detección temprana de casos de lepra; Manejo ineficaz y afrontamiento de la enfermedad; y Los prejuicios como una barrera para la atención integral. Conclusión: Se destaca la importancia del desempeño de profesionales calificados, especialmente en Atención Primaria, para lograr el objetivo del control y la eliminación de la lepra, así como el enfoque intersectorial para superar los obstáculos que permean la atención integral.

Palabras clave: Lepra; Integralidad en Salud; Enfermeras y Enfermeros.

1. Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* transmitida por meio das vias aéreas superiores, onde o indivíduo doente elimina o bacilo e o repassa aos suscetíveis. Apresenta alta infectividade, baixa patogenicidade, curso lento e se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões de pele e de nervos periféricos), podendo ocasionar alteração da sensibilidade nas áreas afetadas pelo bacilo e evoluir para incapacidades (Brasil, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2016, 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos/100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2 casos/100 mil habitantes. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença e o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (Brasil, 2018; Vieira, et al., 2018).

Pelo elevado potencial para causar incapacidade física, social e econômica, a hanseníase é considerada um problema de saúde pública. Desta forma, desde 1991, após a adoção da poliquimioterapia como tratamento específico, a OMS propôs a eliminação da doença até o ano 2000, ou seja, meta de prevalência abaixo de 1/10.000 habitantes. Para tal, reforçou-se a maior capilaridade da atenção primária em saúde e a melhoria da qualidade dos serviços (World Health Organization, 2016; Ribeiro, Silva, & Oliveira, 2018).

Na realidade brasileira, envidaram-se esforços para a implementação de políticas de tratamento ambulatorial, campanhas e diretrizes para controle e eliminação da doença.

Atualmente, a Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase, ressalta o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da doença, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social, além da orientação dos gestores e profissionais dos serviços de saúde (Brasil, 2010).

Embora a desafiadora meta de eliminação da hanseníase ainda não tenha sido atingida, principalmente por conta das disparidades regionais envolvendo aspectos sociais, econômicos e culturais que resultam na manutenção da doença circulante, a tendência é a de que o Brasil tenha sucesso neste quesito. Observa-se que, ao longo dos anos, os principais indicadores da hanseníase apresentaram redução de seus valores, sugerindo que a meta estabelecida para 2020 será alcançada se for mantido o mesmo ritmo de organização estratégica e política do sistema de saúde (Ribeiro, Silva, & Oliveira, 2018).

Em contrapartida, um dos problemas apontados para que esse combate à hanseníase não seja efetivo, seria a ausência, ou pouca atenção dada principalmente à cobertura dos contatos intradomiciliares, revelando uma precariedade no que se refere à integralidade do atendimento, fragilizando o controle da doença e abrindo portas para novos casos da doença (Souza, et al., 2019).

Por conta da negligência que permeou o processo histórico da hanseníase (Monteiro, et al., 2013; Tavares, Marques, & Lana, 2015), os esforços atuais estão voltados à promoção de estratégias para a garantia da qualidade da assistência a fim de reduzir a carga de doença, não considerando somente a detecção de casos novos, tratamento adequado e vigilância dos contatos, mas também a prevenção e redução de incapacidades, que impactará, consequentemente, na redução do estigma e discriminação relacionados à doença (World Health Organization, 2016).

Desta forma, o conceito de integralidade da assistência se coloca em relevo quando, em sua definição como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como orientador de políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no que diz respeito ao acesso à rede de cuidados em saúde, considerando-se a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biopsiocossocial e cultural do ser cuidado (Brasil, 1990).

O conceito de integralidade não se limita a definições técnicas, pois se traduz no trabalho vivo em ato dos profissionais mediante o cuidado daqueles que buscam os serviços de saúde. Há uma série de elementos e atravessamentos que envolvem a sua efetivação, uma vez que o cuidado integral aborda subjetividades. Nesse âmbito, deve-se considerar o

comportamento do profissional de saúde - tendo uma dimensão mais pessoal da prática da integralidade; a presença da comunicação - no caráter de negociação da integralidade; a polissemia - como uma ideia de múltiplos sentidos e representações, associados às necessidades e práticas dos atores; e a organização das equipes de saúde/relações de trabalho e da relação entre os serviços (Xavier & Guimarães, 2004).

Ao considerar que a integralidade se constitui no cotidiano do trabalho, por meio das interações que se estabelecem entre diferentes profissionais, é preciso analisar como essa vivência do trabalho em saúde é incorporada na formação, a qual deve estar pautada em uma práxis de qualidade, reflexiva, dialógica e transformadora da realidade, capaz de responder às necessidades específicas de cada usuário (Peduzzi, Silva, & Leonello, 2018).

Nessa conjuntura, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde que atua de forma relevante na prevenção, controle e tratamento da doença, configura-se como agente essencial para a eliminação da hanseníase (Carvalho, et al., 2015). Apresenta papel fundamental no que tange à educação em saúde dos usuários, prestando orientações referentes à doença, ao tratamento, ao autocuidado e à prevenção de incapacidades.

Sendo a hanseníase uma doença estigmatizada, o enfermeiro deverá considerar as subjetividades e singularidades de cada sujeito. Além do aspecto biológico, questões culturais, sociais, econômicas, familiares e de trabalho precisam ser identificadas e valorizadas pelo profissional com o objetivo de oferecer uma atenção humanizada e integral (Carvalho, et al., 2011). Nessa perspectiva, a Consulta de Enfermagem se torna essencial para as principais demandas de cuidado do paciente, estimulando-o à adesão ao tratamento (Lima, et al., 2016).

Além de ações específicas no contexto do cuidado, o enfermeiro colabora como agente de humanização, agindo de maneira sensível nas dificuldades enfrentadas pelo paciente quanto às outras questões relacionadas ao processo de adoecimento instalado. Sua atuação se difere e lhe presta visibilidade quando dá ênfase à educação em saúde como meio de controle da doença e advoga pelo paciente sob seus cuidados.

Tal assistência oferecida pelo profissional de saúde deve ser embasada nas premissas do Ministério da Saúde, atendendo, entre outras coisas, o conceito de integralidade, em que o profissional, dentro da sua formação emprega uma visão holística frente à problemática evidenciada, agindo de maneira a remover ou minimizar os agravos na população atendida, atuando como ponte entre a saúde e a população.

Diante do exposto, objetivou-se descrever a percepção de enfermeiros sobre as barreiras à integralidade do cuidado às pessoas com hanseníase.

2. Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, qualitativo, desenvolvido em um Centro de Referência Nacional em Dermatologia, com ênfase em Hanseníase, em Fortaleza - CE.

Utilizou-se amostragem não probabilística do tipo consecutiva e para a seleção dos participantes, foram adotados como critérios: prestar assistência direta ao paciente com hanseníase por meio da consulta de Enfermagem (consulta de primeira vez e/ou subsequente) e com pelo menos seis meses de atuação no serviço. Excluíram-se os profissionais ausentes por férias ou licença médica. Na ocasião, o quadro de enfermeiros do local do estudo era formado por sete profissionais e todos preencheram os critérios de inclusão, tendo se disponibilizado a participar da coleta de dados.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2013 por meio de uma entrevista em profundidade e os dados foram analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2010), composta por três etapas: 1) pré-análise, que consiste na organização do material a ser analisado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais; 2) exploração do material, que define as categorias e identifica as unidades de registro e de contexto das falas dos participantes; e 3) tratamento e interpretação dos resultados, destacando as informações para análise e culminando nas interpretações inferenciais.

Com base na análise dos dados, emergiu como categoria principal “Hanseníase: barreiras à integralidade do cuidado segundo a percepção de enfermeiros” e como subcategorias: Dificuldades na detecção precoce dos casos de hanseníase; Manejo e enfrentamento ineficazes da doença; e O preconceito como barreira ao cuidado integral.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local do estudo (parecer nº 010/2012) e foram obedecidos os princípios éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (vigente à época), a qual é embasada nas preconizações da Declaração de Helsink, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes registraram sua anuência à pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato dos participantes, as entrevistas foram gravadas e identificadas com a letra E, seguida de algarismo arábico conforme a ordem de realização.

3. Resultados

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo sete enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino (cinco). O tempo médio de formação dos profissionais foi de cerca de 26 anos, sendo o tempo médio de trabalho específico na área da hanseníase de 10,5 anos. Nesse cenário, três enfermeiros apontaram que sua atuação específica ocorreu apenas no Centro de Referência do estudo; já os quatro enfermeiros restantes relataram que, antes de trabalharem na instituição, já tinham atuado em outros municípios do Ceará onde havia colônias de tratamento para hanseníase (antigos leprosários) e em Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Hanseníase: barreiras à integralidade do cuidado segundo percepção de enfermeiros

Dificuldades na detecção precoce dos casos de hanseníase

Segundo o relato de um dos enfermeiros, desvelou-se a dificuldade na detecção dos casos de hanseníase ainda na Atenção Básica. O profissional salientou que, em sua vivência no manejo da hanseníase, muitos pacientes chegavam ao serviço com histórico de sinais e sintomas da doença há muitos anos por conta da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico correto. Muitas vezes, o tratamento se destinava a outras afecções dermatológicas, o que atrasava o manejo da doença e favorecia o surgimento das incapacidades. Somente ao se deparar com o insucesso do tratamento, é que o médico encaminhava o paciente ao serviço de referência.

Quando eles examinam um paciente que tem manchas, eles pensam em tudo no mundo, menos hanseníase [...] Eles deveriam priorizar a hanseníase, porque essas outras doenças dermatológicas não tem tanta repercussão sobre a vida do paciente. Mas não, só mandam em último caso (E5).

Reforçando a dificuldade na detecção dos casos de hanseníase, outros enfermeiros salientaram a falta de capacitação profissional para o diagnóstico, como reflexo do descaso do poder público em investir no controle da doença ou pela sua baixa incidência em determinadas regiões, não despertando o interesse dos profissionais pela doença. “Às vezes é o

município que tem um índice tão baixo de infecção, de pacientes que procuram [o serviço], que eles [profissionais] não dão muito valor, não estudam em relação à hanseníase” (E3).

Hanseníase é uma das doenças que são esquecidas pelo governo [...] está no ramo das doenças negligenciadas e não querem muito cuidar. A hanseníase dentro da Dermatologia, na Medicina, não dá dinheiro (E6).

A falta de atenção aos contatos intradomiciliares também foi mencionada pelos enfermeiros como barreira significativa ao cuidado integral. Segundo os relatos, as atividades relacionadas ao controle dos contatos intradomiciliares eram pouco valorizadas, sendo o foco das ações basicamente sobre o indivíduo em tratamento. A inexistência da visita domiciliária para alguns casos especiais também foi citada como fator negativo.

Os comunicantes, de um modo geral, deviam ser tratados com muito cuidado, tais quais os pacientes. São deixados de lado [...] às vezes já estão infectados e continuam a propagação. O próprio paciente corre perigo porque ele está se recuperando, mas está sempre recebendo bacilo de novo. Está difícil! Só o poder de Deus mesmo, uma conscientização muito grande, um trabalho de saúde pública de prevenção muito grande! Pessoas que terminam o tratamento, dois ou três anos estão voltando [...] A doença de novo! (E5).

[...] eu acho que tem essa deficiência muito grande aqui, de uma equipe que possa examinar comunicantes em domicílio. Nós temos pacientes aqui, que [dizem]: “ah, minha mãe tem 98 anos”; “a minha mãe tem não sei quantos anos, não pode andar”; “será que ela lá não tá com hanseníase”? E não examina, acabou-se, não existe. Não tem esse controle de comunicantes (E7).

Manejo e enfrentamento ineficazes da doença

Percebeu-se nos diversos depoimentos que a integralidade do cuidado só poderia ser obtida por meio do trabalho conjunto da equipe de saúde, considerando-se o entrelaçamento dos múltiplos saberes e práticas de cada profissional. A falta de uma equipe completa no serviço, às vezes obrigava o enfermeiro a exercer o papel de outros profissionais

indispensáveis à atenção integral. Foi quase unânime a menção à falta de um psicólogo no serviço como uma grande lacuna à integralidade do cuidado.

“[...] às vezes a gente deixa de ser enfermeira pra ser assistente social, psicólogo[...] Mas aí tem que ver o paciente como um todo” (E7).

Acho que pelo fato de não ter psicólogo, os pacientes já vem com problema. Já receberam informações de outras pessoas de modo errado, aí é mais difícil da gente conversar e convencer o paciente. Se tivesse um psicólogo acho que já ajudaria mais (E2).

Eu acho que o déficit muito grande daqui é a gente não ter um setor para encaminhar mesmo na parte social [...] a assistente social só chega depois de 10 horas, aí já fica aquela lacuna. Nós não temos psicólogo. Tem paciente aqui precisando de psicólogo (E7).

Outro ponto mencionado pelos enfermeiros foi em relação ao enfrentamento ineficaz da doença pelos pacientes. Alguns profissionais acreditavam que a dificuldade para prestar uma assistência integral também estava relacionada a aspectos como falta de apoio social, estilo de vida inadequado e desinteresse pelas informações/orientações sobre a patologia.

A assistência em si, integral, existe. Agora a maior dificuldade é o estilo de vida [...] a gente orienta, mas a gente sabe que na verdade eles não tem estrutura para levar a doença, conviver com a doença. O que mais pesa é o social deles: a dificuldade de transporte, a própria alimentação, a vida, a correria do dia a dia (E4).

Tem gente que chega no fim do nosso expediente, diz que não pode vir de forma nenhuma no dia seguinte, que mora no interior, que também não pode sair do emprego. A dificuldade, às vezes [...] é que ele[paciente] fica preocupado em querer sair logo. A primeira consulta demora. [...] ele fica aperreado olhando para o relógio (E5).

O preconceito como barreira ao cuidado integral

A alusão ao preconceito e estigmatização em torno do adoecimento pela hanseníase foi um dos principais pontos dos depoimentos dos participantes. Por meio da expressão de suas próprias percepções e/ou reprodução das histórias ouvidas ao longo dos anos de atuação profissional, os enfermeiros reforçaram que esses quesitos ainda são muito frequentes em nossa sociedade, o que dificulta a busca pelo tratamento por parte dos doentes ou reflete o receio destes em revelar sua condição de adoecimento.

Os relatos evidenciam que a falta de informação sobre a doença por parte da sociedade, acarreta situações de discriminação e exclusão social dos pacientes:

“A gente já teve aqui casos de firma que demitiu o paciente, de querer fazer exame em todas as pessoas que trabalhavam na empresa” (E2);

“Tem um colégio aqui famoso que o rapaz era segurança, nas calçadas, só para ‘pastorar’ o carro dos pais. No dia que entregou o atestado lá, o coordenador fez um escândalo, mandou limpar a sala todinha” (E7).

Uma menina de 12 anos portadora de hanseníase multibacilar, tinha abandonado a escola porque não aguentava a crítica dos colegas [...] e as mães dos alunos pediam que ela não brincasse com os colegas pra não pegar a doença. E disseram que não sabiam que era hanseníase, viam só aquelas manchas no corpo dela (E5).

Ela [paciente] veio aqui e foi comprovado que era [hanseníase]. Aí ela não queria voltar mais pra Bahia, temendo que a sogra implicasse, que ele [marido] a rejeitasse. Ela ficou por aqui e dizia para ele que não podia ir agora porque estava fazendo um tratamento ginecológico. Ela terminou o tratamento, mas não deixou que ele soubesse de jeito nenhum (E5).

Peguei um caso de um menino que perdeu um ano porque a mãe, achando que estava fazendo direito, foi dizer lá na escola que o menino estava com hanseníase, aí a coordenadora do colégio não deixou mais o menino ir. Ela [mãe] ficou indo buscar as tarefas para o menino fazer em casa, mas no dia da prova se negaram a mandar a prova para o menino, porque nenhuma professora queria corrigir as provas do menino, pegar nas provas do menino (E7).

Apesar dos avanços no tratamento e esclarecimentos sobre a doença por meio de campanhas informativas à sociedade em geral, persiste o preconceito relacionado à hanseníase. Alguns enfermeiros reconhecem que houve avanço neste aspecto, mas salientaram que ainda há muito estigma, tanto em relação aos profissionais que trabalham na área, mas, principalmente, no seio familiar, onde deveria acontecer o efetivo acolhimento do doente:

“Ainda tá muito marcante esse preconceito” (E5);

“Na questão do preconceito, a gente observa que houve uma melhora. Quando eu comecei há trinta anos, era muito pior” (E2);

“Ainda tem muita dificuldade exatamente pelo medo dos próprios profissionais de trabalhar com hanseníase. A gente observa que eles têm um estigma [...]”(E3).

Eu acho que não mudou muita coisa. Já está se aceitando mais porque existe um trabalho multiprofissional, aí diminuiu um pouco. Mas às vezes a gente nota que na própria residência existe rejeição dos familiares em relação ao paciente e muitos deles não vem fazer o exame dos comunicantes com medo de estar doente e ele não aceita aquela doença (E3).

Às vezes, até por parte da família querer separar objetos de uso pessoal, dormida, tudo do paciente. A gente sempre orienta que ele tem que ter apoio [...] agora tem que ter cuidado, tem que ter higiene, porque isso aí vai evitar até outras doenças. E explica pra família como é que se transmite, os cuidados que deve ter (E2).

O estigma que envolve a doença também norteou a postura dos enfermeiros quanto a orientar o paciente sobre revelar ou não o diagnóstico da doença às pessoas de seu convívio. Sem saber se era a conduta correta a se tomar, mas no intuito de preservar a dignidade do paciente, os enfermeiros orientavam a omissão do diagnóstico da doença. Tal postura adveio de vivências prévias nas quais os profissionais relataram mais experiências negativas dos pacientes ao revelar a doença.

“Se o paciente trabalha, eu digo para ele não falar. Eu já tive esse problema porque ainda existe o preconceito, então, para evitar do paciente ficar sem trabalho [...]”.
(E2);

“(...) digo que ele omite do convívio social dele que ele tem hanseníase, porque se disser, às vezes ele é discriminado, e isso não fica bem”. (E7);

“Como eu sei que não é fácil, na minha conduta oriento o paciente a não contar. Não sei se é a postura correta, não sei se estou contribuindo para continuar o preconceito da doença”(E1).

Eu mesma digo: “não conte pra ninguém que você está com hanseníase”, porque na hora que conta [...] lá vai um problema. Tem um senhor que trabalha num colégio, aí chegou pra diretora e ela disse que não queria mais ele lá, que se os pais dos alunos soubessem, eles iam tirar os alunos do colégio” (E7).

4. Discussão

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconiza que o cuidado ao paciente deve estar pautado em um conjunto de ações que visem orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS. Nesse contexto, o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos intradomiciliares, o qual deve ser, preferencialmente, executado em toda a rede de atenção primária. Para garantir a integralidade do cuidado, deve-se proporcionar atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário (Brasil, 2010).

Neste estudo, evidenciou-se que muitos dos pacientes que chegavam ao serviço especializado para o tratamento da hanseníase eram oriundos de municípios que, teoricamente, ofereciam acesso ao SUS por meio das Unidades de Atenção Primária à Saúde. No entanto, tais serviços se mostraram pouco resolutivos no que concerne ao diagnóstico e tratamento adequado da doença, ferindo a diretriz da resolutividade e, conseqüentemente, o princípio da integralidade.

Ressalta-se que por meio da NOAS/SUS 01/2001, os municípios ganharam responsabilidades na Atenção Primária à Saúde no que concerne a qualificar e melhorar a resolutividade desse nível de atenção, destacando-se a eliminação da hanseníase. Dessa forma, ao se descentralizar a assistência, é possível fortalecer a política de eliminação da doença e evitar a sobrecarga dos serviços especializados.

No manejo da hanseníase, a capacitação de recursos humanos por meio da educação continuada é pertinente, principalmente na Atenção Básica, tendo em vista que a carência de profissionais qualificados contribui para a demora no diagnóstico e favorece a disseminação da doença, além de elevar o número de incapacidades físicas, que podem ser irreversíveis no diagnóstico tardio (Aquino, et al., 2015).

Logo, recomenda-se que a educação permanente em saúde contemple a reorientação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social e seja realizada de forma intersetorial com entidades governamentais e não governamentais, sociedades científicas, conselhos reguladores e órgãos formadores de profissionais da saúde (Ribeiro, Silva, & Oliveira 2018).

No que tange aos contatos intradomiciliares, definido como toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos, houve menção à pouca atenção a estes indivíduos. Essa afirmação vai contra as ações de vigilância epidemiológica que priorizam o exame daqueles no contexto de todos os casos novos detectados, independentemente da classificação operacional, para o adequado repasse de orientações e informações sobre a doença (Ribeiro, Silva, & Oliveira 2018).

Tendo em vista a complexidade que envolve a hanseníase, a revelação do diagnóstico pode causar impacto psicológico negativo, tanto ao doente quanto aos familiares ou pessoas de seu convívio. Desta forma, a equipe de saúde deve buscar uma abordagem que favoreça a aceitação do problema, a superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos, a qual deve ser oferecida desde o momento do diagnóstico, perpassando o tratamento e, se necessário, após a alta por cura (Ribeiro, Silva, & Oliveira 2018; Albano, et al., 2016).

O acesso ao atendimento multiprofissional é direito do paciente, no entanto nem todas as unidades de saúde tem uma equipe completa, o que pode comprometer a integralidade do cuidado. Observou-se neste estudo que a carência ou pouca atuação de alguns profissionais essenciais, como psicólogo e assistente social, levava o enfermeiro a tentar preencher tais lacunas.

É indubitável que a consulta de enfermagem se mostra como estratégia de aproximação, avaliação, orientação e valorização do outro em seu processo de enfrentamento e superação do estigma do adoecimento pela hanseníase. O vínculo e a confiança estabelecidos no relacionamento terapêutico entre paciente e enfermeiro são elementos essenciais no âmbito do cuidado integral (Aquino, et al., 2015; Albano, et al., 2016), no

entanto, reforça-se que a presença de uma equipe multiprofissional completa e disponível é indispensável.

No que tange ao psicólogo, estese apresenta como articulador fundamental entre o paciente, a família e a equipe de saúde no processo de enfrentamento da hanseníase. Por meio da escuta qualificada, ele contribui para a compreensão do processo de adoecimento pelo paciente e ajuda a desfazer estigmas, medos e inseguranças, apoiando no enfrentamento da doença de forma mais construtiva e menos conflitante, e conferindo maior qualidade de vida (Souza & Martins, 2018; Silveira, et al., 2014).

Já a contribuição do assistente social está centrada nas atividades de acolhimento, trabalhos de grupo, reinserção social e geração de renda. O diagnóstico social é fundamental para avaliar os impactos sociais no processo saúde-doença dos usuários e para buscar a superação das várias formas de discriminação. Por meio deste profissional, é possível ampliar os espaços de participação democrática dos usuários e de seus familiares no interior das instituições (Levantezi, Shimizu, & Garrafa, 2020).

Reforça-se, portanto, a necessidade de uma equipe completa em todos os centros de saúde, que deverá ser constituída por médico, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social, que fará intervenções levando em conta o caráter multifatorial da doença (Silveira, et al., 2014).

No âmbito da equipe, questões relacionadas principalmente ao estigma e preconceito que permeiam a hanseníase, podem ser amenizadas. Tais aspectos foram especialmente mencionados pelos enfermeiros como desagregadores das relações sociais dos pacientes, interferindo negativamente na sua autopercepção e autoestima. Sentimentos como vergonha, medo e receio frente ao diagnóstico da doença foram amplamente relatados, levando os profissionais a orientar os pacientes a omitir sua condição de adoecimento no convívio social.

Ocultar o diagnóstico parece ser a melhor opção para os doentes pelo temor de sofrerem preconceito ou serem afastados do trabalho. Uma vez que sua autopercepção e por seus pares está fragilizada, manter uma aparente normalidade e o sigilo em relação à doença funciona como estratégia para evitar a estigmatização. Em outra vertente, adotar posturas de isolamento, evita situações de preconceito e desprezo por parte das pessoas (Silveira, et al., 2014).

5. Considerações Finais

O estudo permitiu identificar, segundo a percepção de enfermeiros, quais as principais barreiras à integralidade do cuidado às pessoas com hanseníase assistidas em um Centro de Referência para a doença. Os profissionais destacaram como principais elementos negativos ao cuidado integral: dificuldades na detecção precoce dos casos novos de hanseníase; manejo e enfrentamento ineficazes da doença e o preconceito que envolve o adoecimento.

Diante disso, os enfermeiros salientaram a importância de se investir na formação dos profissionais que atuam na Atenção Básica para que tanto os casos novos sejam detectados com precisão, quanto o manejo da doença seja feito precocemente com vistas à prevenção de incapacidades. Além disso, a atenção aos contatos intradomiciliares deve ser reforçada em todos os níveis de atenção para evitar a propagação da doença.

Finalmente, reconheceu-se o preconceito como uma das principais barreiras à integralidade da assistência. Apesar das constantes campanhas para informar a população sobre a doença, ainda permanece o estigma e tendência ao isolamento do doente. Neste quesito, a menção à importância da equipe multidisciplinar completa foi salientada como elemento fortalecedor no enfrentamento da doença pelo paciente e pelas pessoas de seu convívio.

Referências

Albano, M. L., Sousa, A. A. S. D., Cezário, K. G., Pennafort, V. P. D. S., & Américo, C. F. (2016). A consulta de enfermagem no contexto de cuidado do paciente com hanseníase. *Rev Hansen Int*, 41(1-2), 25-33.

Aquino, C. M. F., Rocha, E. P. A. A., Guerra, M. C. G., de Lavor Coriolano, M. W., de Vasconcelos, E. M. R., & de Alencar, E. N. (2015). Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase [Peregrination (Via Crucis) to a diagnosis of leprosy]. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2), 185-190.

Bardin, L. (2010). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010. BAUER, A. *Usos dos resultados das avaliações de sistemas educacionais: iniciativas em curso em alguns países da América*. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília*, 91(228), 315-344.

Brasil, Congresso Nacional. (1990). Lei Orgânica da Saúde: Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, & Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2017). Guia prático sobre a hanseníase.

Carvalho N. G. R., Barrêto, A. J. R., Brandão, G. C. G., & Tavares, C. M. (2011). Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(4), 743-50.

Carvalho, F. P. B., de Miranda, F. A. N., Simpson, C. A., Queiroz, T. A., & Isoldi, D. M. R. (2015). O contexto da atenção do enfermeiro às pessoas com hanseníase na estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7, 189-199.

Levantezi, M., Shimizu, H. E., & Garrafa, V. (2020). Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Revista Bioética*, 28(1), 17-23.

Lima, D. A. Q., Silva Casseiro, A. V., Mendes, R. S., Branco, C. S. N., & Pamplona, Y. D. A. P. (2016). Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2).

Ministério da Saúde do Brasil. (2018). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: Hanseníase*, 49(4), 1-10.

Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União*.

Monteiro, L. D., Alencar, C. H. M. D., Barbosa, J. C., Braga, K. P., Castro, M. D. D., & Heukelbach, J. (2013). Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 909-920.

Peduzzi, M., Silva, J. A., & Leonello, V. M. (2018). A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e prática interprofissional. *Mota A, Marinho AG, SchraiberLB, organizadores. Educação, medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares. Santo André (SP): UFABC*, 141-72.

Ribeiro, M. D. A., Silva, J. C. A., & Oliveira, S. B. (2018). Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e42.

Silveira, M. G. B., Coelho, A. R., Rodrigues, S. M., Soares, M. M., & Camillo, G. N. (2014). Portador de lepra: impacto psicológico del diagnóstico. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 517-527.

Souza, A. O., & Martins, M. D. G. T. (2018). Aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase frente ao estigma e preconceito. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, 8(1).

Souza, E. A. D., Ferreira, A. F., Pinto, M. S. A. P., Heukelbach, J., Oliveira, H. X., Barbosa, J. C., & Ramos Jr, A. N. (2019). Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00209518.

Tavares, A. P. N., Marques, R. D. C., & Lana, F. C. F. (2015). Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais-século XIX. *Saúde e Sociedade*, 24, 691-702.

Vieira, M. C. A., Nery, J. S., Paixão, E. S., Freitas de Andrade, K. V., Oliveira Penna, G., & Teixeira, M. G. (2018). Leprosy in children under 15 years of age in Brazil: a systematic review of the literature. *plos neglected tropical diseases*, 12(10), e0006788.

World Health Organization. (2016). Estratégia Global para Hanseníase 2016–2020. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]*.

Xavier, C., & Guimarães, C. (2004). Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 133-155.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Milena Leite Albano – 50%

Albertina Antonielly Sydney de Sousa – 20%

Kariane Gomes Cezário Roscoche – 10%

Paulo Rômulo Viana de Oliveira Filho – 10%

Janiel Ferreira Felício – 10%