



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

JOANA D'ARC CONCEIÇÃO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM
TRATAMENTO DE HANSENÍASE: discursos de profissionais**

Recife

2019

JOANA D'ARC CONCEIÇÃO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM
TRATAMENTO DE HANSENÍASE: discursos de profissionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Educação e Saúde

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Dr^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB4:1790

O48p Oliveira, Joana D'arc Conceição Pinheiro de.
Práticas de atenção à saúde da criança e do adolescente em tratamento de hanseníase: discursos de profissionais/ Joana D'arc Conceição Pinheiro de Oliveira. – 2019.
95 f.: il.

Orientadora: Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Hanseníase. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Práticas de saúde pública. 5. Educação em saúde. I. Monteiro, Estela Maria Leite Meirelles (orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 157)

JOANA D' ARC CONCEIÇÃO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM
TRATAMENTO DE HANSENÍASE: discursos de profissionais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 26/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Denilson Bezerra Marques (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Nádia Patrícia Novena (Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco

À minha família por todo o incentivo e por vibrar comigo em cada conquista da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Nesse espaço não poderia deixar de agradecer a todos que fazem parte da minha vida ou que de alguma maneira especial compartilharam comigo esse momento.

A minha família pelo amor incondicional, que não consigo explicar, durante toda minha jornada até aqui. A minha mãe por todas as palavras, orações, apoio, pensamentos positivos e por sua alegria contagiante. Ao meu pai, pela doação em tempo integral e por ser o maior e melhor companheiro de pesquisa que alguém poderia ter. A minha Tia Liette, aos meus irmãos Hugo e Joyce, pelo amor que nos move.

Ao meu marido, Pedro por toda paciência e cuidado durante essa caminhada. Por segurar a minha mão nos momentos difíceis e por aceitar dividir a vida comigo lindamente.

A minha sogra Solange pela torcida e compreensão das ausências necessárias, minhas e de Pedro.

Aos meus amigos que direta ou indiretamente participaram desse ciclo.

Ao meu amigo Anderson Adelson pelo incentivo em fazer o mestrado e pelo ombro amigo de sempre.

Aos meus amigos do mestrado da turma 32 por transformarem essa trajetória em momentos mais leves regados a muitas risadas e boas conversas.

A minha orientadora, Professora Dr^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro pela orientação durante esses dois anos.

Aos professores do PPGSCA e aos outros que por mim passaram agradeço pelos conhecimentos compartilhados.

A secretaria do PPGSCA por me receber e auxiliar nas questões burocráticas durante esse tempo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

A Deus por estar sempre comigo iluminando meus pensamentos e guiando meus passos

“A vocação da medicina em domicílio é, necessariamente, ser respeitosa: Observar os doentes, ajudar a natureza sem violentá-la e esperar, confessando modestamente, que faltam ainda muitos conhecimentos” (FOUCAULT, 2015, p. 18).

RESUMO

A hanseníase possui um alto potencial incapacitante, principalmente quando atinge fases do crescimento e desenvolvimento humano como na infância e adolescência. As práticas de atenção à saúde quando realizadas com crianças e adolescentes são consideradas exitosas se possibilitarem a promoção da saúde, e a sua participação no processo de cuidado. Para Foucault, o cuidado relaciona saberes e práticas que favorecem as experiências históricas e culturais da vida dos seres humanos. O estudo tem como objetivo analisar as práticas de atenção à saúde realizadas por profissionais de saúde com crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento da hanseníase, à luz dos pensamentos de Foucault. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, realizada com 23 profissionais de saúde que atendiam crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase em unidades de saúde da família e em policlínicas, localizados em Recife-PE. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas, transcritas na íntegra e analisadas conforme a análise de conteúdo na modalidade temática. Para a organização e tratamento dos dados utilizou-se o *software Atlas.ti* (versão 8.0). Os resultados revelaram que os profissionais da atenção primária reconhecem como potencialidades nas práticas de atenção à saúde desenvolvidas com crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento da hanseníase, o acolhimento realizado, destacando a necessidade da comunicação com a criança/adolescente e família, a disponibilização do tempo para o atendimento, como também da abordagem clínica com a solicitação de exames e o tratamento medicamentoso. Paralelamente, foram referidos alguns fatores limitantes das práticas em relação ao diagnóstico da doença e o atendimento/encaminhamento para profissionais especializados. As atividades de educação em saúde foram referenciadas como estratégias potencializadoras para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a criança e/ou adolescente e familiares, entretanto sua utilização foi restrita a uma orientação individualizada durante o atendimento. Os discursos dos profissionais sobre as práticas de atenção à saúde da criança e do adolescente em tratamento de hanseníase reconhecem limitações, que corroboram para as dificuldades no controle da doença, como uma atenção interdisciplinar, com ênfase ao protagonismo da criança e do adolescente em parceria com os familiares, para sua adesão ao tratamento prolongado, como também, ao enfrentamento de barreiras de isolamento reproduzidas ainda na atualidade pelo preconceito e estigma social.

Palavras-chave: Hanseníase. Criança. Adolescente. Prática de saúde pública. Educação em saúde.

ABSTRACT

Leprosy has a high incapacitating potential, especially when it reaches stages of human growth and development as in childhood and adolescence. Health care practices when performed with children and adolescents are considered successful if they enable the promotion of health, and their participation in the care process. For Foucault, care relates knowledge and practices that favor the historical and cultural experiences of human life. The study aims to analyze the health care practices performed by professionals with children and adolescents under 15 years of age in the treatment of leprosy in the light of Foucault's thoughts. This is a descriptive and qualitative field research carried out with 23 health professionals who attended children and adolescents under 15 years old with leprosy in family health units and in polyclinics, located in Recife-PE. Individual semi-structured interviews were carried out, which were recorded, transcribed in their entirety and analyzed according to the content analysis in the thematic modality. The Atlas.ti software (version 8.0) was used to organize and process the data. The results revealed that primary care professionals recognize the potential of health care practices developed with children and adolescents under 15 years of age in the treatment of leprosy, the reception performed, highlighting the need for communication with the child / adolescent and the family, availability of time for care, as well as the clinical approach with the request for exams and drug treatment. At the same time, some limiting factors of the practices in relation to the diagnosis of the disease and the attendance / referral to specialized professionals were mentioned. Health education activities were referred to as potential strategies for establishing a relationship of trust between the professional and the child and / or adolescent and their families, however their use was restricted to an individualized orientation during the care. The professionals' discourses on the health care practices of children and adolescents in leprosy treatment recognize limitations that corroborate the difficulties in controlling the disease, as an interdisciplinary attention, with emphasis on the protagonism of the child and the adolescent in partnership with the family members, for their adherence to the prolonged treatment, as well as the confrontation of barriers of isolation reproduced still today by prejudice and social stigma.

Keywords: Leprosy. Kid. Teenager. Public health practice. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma para definição da área de estudo.....	32
Figura 2 –	Nuvem de palavras da categoria Acolhimento.....	38
Figura 3 –	Nuvem de palavras da categoria A prática clínica.....	39
Figura 4 –	Nuvem de palavras da categoria Educação em Saúde.....	39
Figura 5 –	Diagrama das categorias evidenciadas no estudo.....	45
Figura 6 –	Núcleos temáticos da prática clínica.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos casos novos de hanseníase por Distrito Sanitário da cidade do Recife-PE, 2012-2017	33
Quadro 2 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde, Recife-PE, 2018	43
Quadro 3 – Período de atuação dos profissionais nas USF e Policlínicas, Recife-PE, 2018	44
Quadro 4 – Período de atuação dos profissionais quanto a área de especialização profissional, Recife-PE, 2018	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCEH	Política Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase
PSE	Programa Saúde na Escola
PQT	Poliquimioterapia
RPA	Região Político Administrativa
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1	Hanseníase em Crianças e Adolescentes Menores de 15 Anos: Uma Doença Negligenciada	20
3.2	Práticas de Atenção à Saúde no Acompanhamento de Crianças e Adolescentes Menores de 15 Anos com Hanseníase: Desafios e Possibilidades	24
3.3	Revisitando o pensamento de Foucault	26
4	PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1	Caracterização do Estudo	31
4.2	Cenário do Estudo	31
4.3	Participantes do Estudo	33
4.4	Procedimento para coleta de dados	34
4.5	Método para Análise dos Dados	36
4.6	Aspectos Éticos	40
4.7	Limitações Metodológicas	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Caracterização dos Participantes	42
5.2	Acolhimento: uma prática além da hanseníase	45
5.3	A Prática Clínica	56
5.4	Educação em saúde	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	77
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	86
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	88
	APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS	89

ANEXO A -	PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	92
ANEXO B –	PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS – PCID<15.....	94

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase apesar de ser uma doença milenar, atualmente ainda é endêmica em países em desenvolvimento. No ano de 2016 foram registrados em 143 países, 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100.000 habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, o que significa uma taxa de detecção de 12,2/100.000 habitantes. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, ficando em segundo lugar com o maior número de casos novos no mundo (BRASIL, 2018).

No estado de Pernambuco foram diagnosticados 1.843 casos, dos quais 175 foram em menores de 15 anos. Esses dados colocam o Estado em uma posição de 6º lugar da região nordeste devido à endemicidade elevada da doença. As taxas de detecção neste mesmo ano evidenciam níveis muito altos, sendo de 20/100.000 habitantes na população geral e 8/100.000 habitantes em menores de 15 anos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2017).

O quadro epidemiológico da hanseníase exigiu da Organização Mundial da Saúde (OMS) a elaboração da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 com o objetivo principal de reduzir a carga global e local da doença, enfatizando a cobertura universal de saúde com ênfase nas crianças e populações vulneráveis. Diante do aumento de casos em crianças e adolescentes a estratégia destaca como meta a redução na transmissão da doença e também das incapacidades neste grupo etário. A Estratégia ainda abrange como meta o exame de todos os contatos intradomiciliares, a promoção da inclusão social através da integração de intervenções no combate ao estigma e a discriminação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A hanseníase é uma doença que pode atingir desde a infância até a velhice. Ela apresenta um alto potencial incapacitante, principalmente quando atinge a infância ou adolescência por essas serem fases do crescimento e desenvolvimento humano. Desse modo, pode-se dizer que a probabilidade de deformidades nessa faixa etária é aumentada, podendo influenciar na sua vida escolar devido a limitação social, ao estigma e a baixa autoestima causados pela doença (FREITAS, CORTELA, FERREIRA, 2017).

Proposições políticas e tecnológicas de atenção à saúde da criança no Brasil historicamente compreendem três diferentes concepções do significado da criança, envolvendo processo que vai da criança como “matriz de mão de obra”, passando pela criança

como “objeto de programas que normatizam a infância”, mas também o corpo sadio e doente, até sua instituição como “objeto de práticas e sujeito social portador de direitos” (SANINE, CASTANHEIRA, 2018). É primordial que os profissionais de saúde compreendam a especificidade do ser criança, como também a especificidade do ser adolescente e do direito de se desenvolverem com dignidade (BRASIL, 2017c).

Ao atingir crianças e adolescentes, a hanseníase é mais prevalente na faixa etária de 5 a 14 anos. Um estudo realizado por Narang e Kumar (2019), mostra que uma frequência maior em crianças mais velhas, pode ser explicado devido ao longo período de incubação da doença (3-7 anos) e dificuldade por parte dos profissionais em avaliar a sensibilidade em crianças, o que ocasiona o atraso no diagnóstico. O profissional de saúde que atua no cuidado à criança e ao adolescente precisa de um conhecimento adequado no manejo da doença voltado para esta faixa etária, desde o diagnóstico perpassando por todo o tratamento.

O atraso no diagnóstico ou o manejo inadequado da doença podem comprometer a saúde dessa população, causando deformidades e incapacidades permanentes. Crianças e adolescentes com hanseníase também podem sofrer mudanças na sua vida, principalmente quando acometidos pelas sequelas ocasionadas pela doença. Essas mudanças incluem as atividades de vida diária e de lazer, seja pelos efeitos colaterais causados pelas medicações, pelas próprias manifestações clínicas da doença ou pela discriminação social (MARINHO et al., 2015).

A Portaria nº 3.125 de 2010 recomenda que o diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos seja realizado através do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos. A referida portaria ainda estabelece que as ações de vigilância e controle da doença devem ser pautadas na comunicação, educação e mobilização social (BRASIL, 2010).

As práticas de atenção à saúde têm como base constituinte um conjunto de ações prioritárias realizadas no cotidiano do atendimento à comunidade. Estas são parte das atribuições da Atenção Primária à Saúde que representam a porta de entrada preferencial aos serviços de saúde e promovem a longitudinalidade da atenção com enfoque familiar e orientação para a comunidade (SANTOS et al., 2012).

Ao considerar a importância das ações de vigilância e controle da doença, a equipe multiprofissional de saúde constitui um instrumento essencial na implementação das práticas de atenção à saúde com ênfase nas atividades educativas. Tendo em vista que as ações de educação em saúde permitem acesso a informações apropriadas a respeito da hanseníase contribuindo para a construção de conhecimentos coletivos, que auxiliam na desmistificação

do preconceito e ainda configuram-se como elemento de transformação social (LANA et al, 2014; RODRIGUES et al, 2015).

Desse modo cabe destacar as ações de Educação em Saúde como recurso norteador para a multiplicação do conhecimento sobre a hanseníase na comunidade. Em pesquisa realizada por Lana et.al (2014) ficou evidenciado que um dos grandes entraves para o diagnóstico precoce é falta de conhecimento e o preconceito que persiste em torno da doença.

Estudo realizado em ambiente escolar verificou que a hanseníase era uma doença pouco abordada neste cenário e poucos alunos sabiam que era uma doença curável. A desinformação de crianças e adolescentes sobre a hanseníase favorece a manutenção do estigma (PINHEIRO et.al, 2014).

Assim, é importante salientar a necessidade da implementação de práticas de atenção à saúde que visem contribuir positivamente com a integralidade da assistência. Práticas de atenção, voltadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos, requerem o desenvolvimento de atividades educativas embasadas no relacionamento humanizado entre profissionais e usuários. No cuidado as crianças e adolescentes, a atenção as suas necessidades essenciais, como também o reconhecimento desses atores como sujeitos de direito é de fundamental importância para o desenvolvimento de práticas eficazes no enfrentamento das vulnerabilidades em saúde (XAVIER et al, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Atenção Primária à saúde, que é nível de atenção prioritário para o cuidado em hanseníase, é marcado por um excesso de demanda e por vezes um quantitativo insuficiente de profissionais nas equipes. O tempo de consulta reduzido atrelado à sobrecarga de trabalho, são fatores que podem ser considerados prejudiciais à humanização e a qualidade do atendimento aos usuários. Porém, o atendimento em saúde segue uma direção onde o profissional não avalia apenas o problema de saúde, mas também a experiência de vida do paciente, considerando-o com um ser biopsicossocial (CAPRARA, RODRIGUES, 2013).

A saúde é um trabalho complexo construído dentro de um contexto histórico e social, em que o seu principal resultado é imaterial e produzido através de relações entre o profissional e o usuário. Pode-se dizer que a saúde funciona onde existe uma representação autorgada aos serviços de saúde e profissionais responsáveis por acolher os usuários e executar as atividades em saúde e o usuário que recorre ao serviço para atendimento de suas demandas de saúde (FORTUNA et al, 2017).

A análise das relações de poder é um dos pilares da obra foucaultiana. Para Michel Foucault as relações de poder permeiam toda espécie de interação entre as pessoas, inclusive

na saúde. Para ele, o poder pode assumir diversas representações e sentidos, nesse contexto, analogamente ao pensamento de Foucault pode-se traduzir o sistema de saúde como uma representação jurídico-discursiva do poder. Jurídica porque é moldada por leis, normas, protocolos (FOUCAULT, 2016).

Simultaneamente, constitui-se como uma representação também discursiva, pois as suas normas são vinculadas ao que se pode dizer e ao que se pode fazer, então ela é vinculada tanto a linguagem quanto às ações. O discurso de profissionais sobre as práticas de atenção à saúde a crianças e adolescentes em tratamento de hanseníase, constitui um processo de reaproximação do indivíduo ao seu cotidiano profissional, possibilitando reflexões e confrontos entre os conhecimentos baseados em evidências que deveriam subsidiar a prática profissional em saúde e os contextos reais que as envolvem (FOUCAULT, 2016).

O discurso é uma representação culturalmente construída pela realidade, não uma cópia fidedigna, pois é regulado através da produção de conhecimento e conjuntos de textos, determinando o que é possível de ser falado e o que não é, em consonância como as regras estabelecidas. Assim ele (re) produz poder e conhecimento simultaneamente (FOUCAULT, 2013a). O discurso, a troca de saberes e a comunicação, se mostram como figuras positivas que atuam de forma a traduzir os significados e as subjetividades que se manifestam ou se ocultam nas relações entre os indivíduos (FOUCAULT, 2013b).

As práticas de atenção à saúde desenvolvidas para crianças e adolescentes com hanseníase representam um conjunto de dispositivos, que conforme o conceito de Foucault, compreendem elementos dinâmicos e articulados que juntos reúnem as instâncias do poder onde estão incluídos os discursos, instituições, leis, medidas administrativas, proposições morais. Neste sentido, os dispositivos se movimentam de acordo com essas redes de poder, podendo expressar as subjetividades dos sujeitos envolvidos nessa teia (FOUCAULT, 2018a).

Com o interesse de apreender conhecimentos significativos referentes às práticas de atenção à saúde de profissionais de saúde às crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase, emergiu o seguinte questionamento: Como são realizadas as práticas de atenção à saúde de profissionais de saúde no cuidado às crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase a partir dos discursos de profissionais?

Diante do exposto, este estudo propõe-se a analisar as práticas de atenção à saúde realizadas por profissionais de saúde às crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase a partir dos pensamentos de Foucault. No que se refere a estrutura deste trabalho, esta é composta por quatro capítulos. No primeiro, é feita uma apresentação dos principais

temas que permeiam a pesquisa para desta forma situar o leitor quanto ao objeto de estudo alicerçado por autores que se dedicam a temática abordada.

No capítulo seguinte, é abordado o percurso metodológico, onde foi apresentada toda a trajetória de construção dessa pesquisa, assim como técnicas, instrumentos e procedimentos utilizados. No terceiro capítulo, são apresentados os resultados do estudo, discutindo-se concomitantemente esses dados de acordo com as perspectivas dos pensamentos Foucaultianos. Nesta fase, foram retomados os objetivos anteriormente definidos, como também as discussões desenvolvidas na revisão de literatura, acrescentando ainda produções atualizadas que pudessem contribuir e respaldar as informações colhidas. Nas considerações finais, buscou-se tecer reflexões acerca dos achados, apontando ainda sugestões para o desenvolvimento de pesquisas que envolvam a temática abordada.

Por fim, considerando a linha de pesquisa “Educação e Saúde” entende-se que estudar as práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com hanseníase, permite a implementação de ações direcionadas às atividades educativas, uma vez que estas trazem inúmeros benefícios tendo em vista a complexidade do tema no campo da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas de atenção à saúde desenvolvidas por profissionais de saúde com crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento da hanseníase, a luz dos pensamentos de Foucault.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde que assistem aos usuários menores de 15 anos em tratamento da hanseníase.
- Aprender potencialidades e dificuldades nos discursos dos profissionais de saúde sobre as práticas de atenção à saúde no cuidado às crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento da hanseníase.
- Compreender as possibilidades e os limites das atividades de educação em saúde realizadas pelos profissionais de saúde com crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hanseníase em Crianças e Adolescentes Menores de 15 Anos: Uma Doença Negligenciada.

Desde os tempos remotos conhecida como Lepra, a Hanseníase, é uma doença infecciosa, de evolução crônica que afeta especialmente a pele e os nervos periféricos. No entanto pode manifestar-se de forma sistêmica acometendo articulações e órgãos do sistema como olhos, testículos e gânglios (BRASIL, 2017a).

O seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*), um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo. Este é um parasita intracelular que se apresenta sob a forma de bastonetes, sendo seu principal mecanismo de ação através da infecção dos nervos periféricos, principalmente as células de Schwann (BRASIL, 2017a).

Durante muitos anos a doença foi apontada como incurável, como também foi alvo do medo na humanidade em virtude das deformidades causadas pelo bacilo na pessoa acometida. Só no final do século XIX, em 1873, o médico norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen descobriu o *M. leprae* como agente causador da doença e apenas no século seguinte surgiu o primeiro tratamento medicamentoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Esta é uma doença de progressão lenta em decorrência do padrão de multiplicação prolongado do bacilo de Hansen. Por esse motivo, o período correspondente entre contato da pessoa doente com o agente etiológico e o aparecimento dos primeiros sinais, denominado período de incubação é cerca de dois a cinco anos. O diagnóstico é basicamente clínico, realizado através da epidemiologia, anamnese, condições de vida do paciente e exame dermatoneurológico. Este último objetiva identificar as lesões cutâneas ou áreas da pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (PIRES et al, 2012; BRASIL, 2017a).

As principais manifestações clínicas da doença aparecem sob a forma alterações cutâneas como manchas hipocrômicas, avermelhadas ou acastanhadas na pele, acompanhadas de alterações de sensibilidade. O indivíduo pode sentir formigamentos, choques ou câimbras evoluindo para dormência na área. Essas lesões de pele ainda podem apresentar nódulos, infiltrações, tubérculos ou pápulas, rarefação de pelos locais ou difusos e também diminuição ou ausência de sudorese na lesão. Outros sinais e sintomas ainda podem ser observados na doença como a perda de força muscular, dor e/ou espessamento dos nervos periféricos das mãos, braços, pernas e pés, ressecamento dos olhos, edema de mãos e pés (BRASIL, 2017a).

Para fins operacionais de tratamento os pacientes são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com raspado intradérmico negativa, quando disponível) e multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva). No entanto alguns pacientes podem não apresentar lesões facilmente visíveis na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos, ou as lesões podem se tornar visíveis após iniciado o tratamento. A terapia medicamentosa é longa, pode durar de seis meses a um ano e com o início da poliquimioterapia (PQT) o indivíduo deixa de transmitir o bacilo, conseguindo observar uma melhora no seu quadro clínico (BRASIL, 2017a).

A hanseníase é conhecida como uma doença negligenciada, marcada pelo seu alto poder incapacitante e por estar associada a fatores socioeconômicos. Ela está associada a desigualdades sociais, sendo mais prevalente em populações pobres. É considerado um grave problema de saúde pública no Brasil, levando-se em consideração que este é o único país das Américas que não conseguiu eliminar a doença (BRASIL, 2018; DOMINGUEZ, 2015).

Atualmente a hanseníase é uma doença curável, no entanto devemos destacar o diagnóstico precoce, vigilância dos contatos domiciliares e sociais, assim como a adesão ao tratamento quimioterápico através da PQT como ações prioritárias na quebra da cadeia de transmissão e viabilizadores da cura. Neste sentido, as ações de prevenção e controle das incapacidades e deformidades físicas assim como o tratamento da doença são elementos primordiais na atenção integral às pessoas acometidas (BRASIL, 2008).

O próprio processo de adoecimento, assim como as sequelas provocadas pela doença podem repercutir negativamente na vida do indivíduo, gerando transtornos que vão além da estrutura corporal ou física, que são os de ordem psicológica e social. Os pacientes quando apresentam alguma forma de deformidade física ou incapacidade permanente são vítimas principalmente do estigma¹, isolamento social e muitas vezes até do abandono familiar (DUARTE, 2014).

O *Mycobacterium leprae*, é o grande responsável pelo potencial incapacitante da hanseníase. Ele possui um tropismo especial pelas células nervosas, o que caracteriza as manifestações clínicas em nervos periféricos resultantes do comprometimento neural. O

¹ O estigma também é amplamente abordado por Erving Goffman, cientista social universalmente conhecido. Em sua obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, o referido autor examina as situações de indivíduos considerados fora do padrão de normalidade impostos pela sociedade. São pessoas com problemas físicos, psíquicos, de caráter ou de outra ordem e elas são consideradas estigmatizadas por outras pessoas consideradas normais. Nessa obra o autor analisa as relações entre esses sujeitos e sua interferência na construção da identidade social dos estigmatizados.

bacilo de Hansen se diagnosticado e tratado tardiamente pode desenvolver deformidades e incapacidades físicas permanentes, contribuindo assim para o aumento do preconceito e estigmatização das pessoas acometidas (BRASIL, 2008).

Desde o final do século 20 a hanseníase se propagou no Brasil, trazendo para o país o título de segundo lugar em número de casos detectados, ficando atrás apenas da Índia. Mediante uma análise histórica é possível constatar que apesar de várias medidas desempenhadas para eliminar a doença, estas não foram suficientes para alcançar tal objetivo, existindo ainda vários focos de transmissão ativa espalhados pelo país em decorrência da grande dificuldade no controle (NARANG, KUMAR, 2019; BARRETO et al, 2017).

Em decorrência do seu longo período de incubação, a doença é majoritariamente encontrada em adultos. Porém, em locais onde existe uma alta endemicidade, as crianças e adolescentes tornam-se vulneráveis à infecção por estarem constantemente expostos ao bacilo através do contato com os focos de transmissão ativa desde muito jovens. As fontes de transmissão mais importantes no caso da hanseníase na infância e adolescência, são os contatos domiciliares. O risco de uma criança ou um adolescente menor de 15 anos desenvolver a doença através de um contato intrafamiliar, multibacilar e o caso índice sendo a mãe é 14 vezes maior do que qualquer outro contato. (SANTOS et al, 2015).

A hanseníase quando detectada em crianças e adolescentes menores de 15 anos, é um alerta em relação a intensidade de propagação do bacilo, podendo ser utilizado como ferramenta valiosa para o monitoramento epidemiológico da doença. Estudos realizados por Barreto et al (2017) e Naran e Kumar (2019) mostram os altos índices de deformidades e incapacidades permanentes em crianças e adolescentes em áreas endêmicas. Eles apontam que 11% das crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase em nível mundial apresentam incapacidade grau 2 no momento do diagnóstico, este número aumenta para 27,3% quando avaliado durante o seguimento do tratamento. Esses dados são preocupantes, pois refletem as lacunas do sistema de saúde na abordagem e controle da doença nessa faixa de idade, como atraso no diagnóstico, dificuldade no manejo da doença ou no acesso à saúde.

Ramos et al (2017) em pesquisa realizada em um hospital de referência em hanseníase na Etiópia, aponta que o aparecimento de neuropatia em crianças e adolescentes é um fator de risco para o desenvolvimento das deformidades que são mais frequentes em adolescentes. O estudo mostra ainda que a faixa etária com o maior número de internamentos é entre 10 e 14 anos (RAMOS et al, 2017).

Resultados positivos podem ser alcançados na diminuição dos números de casos da doença a partir do envolvimento dos profissionais. Por meio da busca ativa dos casos,

incentivo a participação das crianças e adolescentes no cuidado paralelamente a interação familiar e um acompanhamento clínico sistematizado nos serviços de saúde, que podem ser operacionalizados conforme o modelo da Atenção Básica. Para tanto, os profissionais precisam estar atentos para as especificidades que permeiam o processo de adoecimento na infância e adolescência (GOMES et al, 2014; MOREIRA, GOMES, CALHEIROS DE SÁ, 2014).

Existe uma singularidade no processo de adoecimento quando acontece durante a infância ou adolescência, pois estas são fases do desenvolvimento humano que possuem características próprias. São ciclos complexos, permeados por definições, simbolismos, representações e valores. O diagnóstico de uma doença na vida da criança e do adolescente pode repercutir de várias maneiras, seja comprometendo a identidade pessoal desses sujeitos, como também a organização familiar. Esse tipo de situação extrapola o cuidado familiar primário, sendo necessária a intervenção do serviço de saúde. Neste sentido a atuação dos profissionais na saúde da criança e do adolescente deve ser direcionada no sentido da promoção e prevenção da saúde, incentivando o protagonismo e a inclusão desses atores, e seus familiares, no cuidado à sua saúde (MOREIRA, GOMES, CALHEIROS DE SÁ, 2014).

Para isso a aplicação de estratégias lúdicas adequadas para a faixa etária na comunicação com a criança e com o adolescente, favorece a criação de uma rede de apoio articulada. Desse modo eles podem participar ativamente no processo decisório de seu tratamento e cuidado (MOREIRA, GOMES, CALHEIROS DE SÁ, 2014).

Com o propósito de ampliar as ações de saúde junto as crianças e adolescentes o Programa Saúde na Escola (PSE) instituído em 2007, constitui uma estratégia de integração entre as políticas da área da educação e da saúde. O cenário escolar vem agregar a formação cidadã, ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. As unidades de saúde da atenção básica, são os principais representantes do setor saúde nesta articulação (BRASIL, 2007).

Neste sentido as práticas de educação em saúde configuram-se como instrumentos mediadores na ampliação do processo de cuidado. O ambiente escolar é um espaço potencializador na realização das práticas de educação à saúde da criança e do adolescente, que oportuniza a troca de experiências e a construção do saber de maneira constante (SANTOS et al, 2015).

3.2 Práticas de Atenção à Saúde no Acompanhamento de Crianças e Adolescentes Menores de 15 Anos com Hanseníase: Desafios e Possibilidades.

No ano de 1988 através da Constituição Federal (CF) também conhecida como constituição cidadã, foi instituído no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto da Reforma Sanitária Brasileira, processo político que preconizava uma nova política organizacional nos serviços e práticas de saúde, ele foi alicerçado sob a ideologia de democratização da saúde amplamente discutida durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.532).

Após a referida CNS o conceito de saúde foi ampliado como sendo fruto dos determinantes sociais e desde então a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ela deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Neste sentido a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamenta a implantação e operacionalização da saúde no âmbito da Atenção Básica, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). As práticas de atenção à saúde enquanto ferramenta de organização dos serviços, constitui-se como elemento essencial no cuidado à saúde do indivíduo. Elas podem ser compreendidas como um conjunto de atividades prioritárias realizadas cotidianamente pelas unidades de saúde objetivando atender as necessidades específicas da população (BRASIL, 2017b).

O impacto dessas práticas traduz o quanto elas podem ampliar a linha de cuidado dentro de uma comunidade. As práticas de atenção à saúde são julgadas como valiosas quando satisfazem as necessidades dos indivíduos. Em estudo realizado por Storino, Souza e Silva (2013) o acolhimento e o vínculo são considerados itens fundamentais na efetividade das ações em saúde bem como na satisfação das necessidades apresentadas pela comunidade. Desse modo, as atividades de atenção à saúde para que aconteçam integralmente, é preciso que os problemas do usuário sejam compreendidos de acordo com as suas singularidades e orientados em concordância com a horizontalidade da atenção. No entanto a interação e o reconhecimento mútuo entre profissionais de saúde e usuários possibilitados por uma prática acolhedora tornam-se fundamentais no estabelecimento dessas práticas (STORINO, SOUZA, SILVA, 2013).

O acolhimento pode ser considerado um recurso revelador das transformações produzidas pelas unidades de saúde no que diz respeito às suas práticas de atenção à saúde.

Acolher o usuário no serviço de saúde engloba uma postura de escuta qualificada das suas queixas e inquietações, seguido do compromisso da equipe multiprofissional em fornecer uma solução para as demandas identificadas (GARUZI et al, 2014).

As práticas de atenção à saúde enquanto reflexo do modelo de promoção da saúde no SUS, se propõem a suplantarem o modelo biomédico hegemônico através da articulação com a população. Em estudo realizado por Silva et al (2014) práticas de atenção à saúde realizadas com crianças e adolescentes configuram-se como exitosas ao oportunizarem a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a sua participação no processo de cuidado e a promoção da saúde.

O cuidado à criança e ao adolescente compõe a formação do profissional de saúde e exige dele um conjunto de saberes e práticas voltadas para essa faixa etária, pois o impacto do processo de adoecimento para as crianças e para os adolescentes se configura de maneiras divergentes, seja na esfera biológica, psicológica ou social. Desse modo, é requerido do profissional uma atuação diferenciada do seu conhecimento técnico-científico em relação a doença, bem como um olhar diferenciado em relação ao que está por trás da doença, suas subjetividades e simbologias (JORGE et al, 2014).

A repercussão do adoecimento para as crianças vai depender do seu nível de desenvolvimento, assim como das suas experiências acumuladas ao longo da vida. Durante a fase da infância, à medida que a criança vai se desenvolvendo, principalmente na transição entre a infância e a adolescência, a criança vai ficando cada vez mais vulnerável ao estresse emocional. Assim, a descoberta da hanseníase nessa faixa de idade pode desencadear sentimentos diversos que perpassa desde a inocência até o entendimento da doença (BUBADUÉ et al, 2013).

No entanto para o adolescente, em decorrência do seu amadurecimento biopsicossocial, existe um entendimento do significado da doença e suas consequências. O adolescer é um período marcado pelas transformações e inquietações típicos desse momento. Ocorre um misto de emoções, como o desejo de liberdade, controle e responsabilidade, onipotência, vontade de ser adulto e criança ao mesmo tempo, que são indissociáveis para a compreensão desse fenômeno (SOUZA, SANTOS, 2015).

Ser portador de hanseníase para o adolescente pode se constituir como uma jornada duplamente difícil, uma vez que ele terá que lidar com as alterações ocasionadas pela doença e ainda vivenciar a fase da adolescência. Ela que se apresenta originalmente como uma etapa complexa na vida do indivíduo e este ainda se encontra mais vulnerável, pois é nessa fase que

se inicia a construção da sua identidade adulta (SOUZA, SANTOS, 2015; JORGE et al, 2014).

Barreto et al. (2019) em seu estudo sobre o tratamento de hanseníase evidenciou que os efeitos causados pela doença como, sintomatologia e efeitos colaterais do tratamento medicamentoso, podem interferir diretamente nas atividades cotidianas de crianças e adolescentes. Destacou-se ainda a estigmatização sofrida pelos adolescentes assim como o preconceito e o auto preconceito como elementos que suscitam o isolamento social e alterações psicológicas.

Nesse contexto, a comunicação em saúde como um dos componentes da Política Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase (PNCEH), mostra-se como elemento base para a divulgação de informações, assim como a desmistificação da doença na população. As práticas de atenção à saúde no controle da hanseníase no Brasil visam a organização da rede de atenção integral e a promoção da saúde baseados na comunicação e educação social (BRASIL, 2010).

A equipe multidisciplinar em saúde é de extrema importância para um atendimento e acompanhamento integral de crianças e adolescentes com hanseníase. Ao passo que como potenciais educadores, a incorporação de saberes das variadas categorias profissionais, configuram-se como parte integrante na efetivação das ações que compõem o atendimento integral ao usuário, objetivando a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação da sua saúde. Em adição, as atividades educativas possibilitam uma maior interação com o paciente, favorecem uma maior adesão ao tratamento e proporcionam ao profissional a identificação das reais necessidades das crianças e adolescentes (RODRIGUES et al, 2015).

Desse modo, vale salientar a importância das práticas de atenção à saúde na atuação da equipe multiprofissional para o atendimento integral às crianças e adolescentes portadores de hanseníase. Se orientadas de acordo com os determinantes sociais em saúde assim como o contexto que o indivíduo está inserido na sociedade considerando as suas necessidades individuais e a horizontalidade da atenção, essas práticas caracterizam-se como uma ferramenta de transformação no cuidado à saúde ao usuário do SUS.

3.3 Revisitando o pensamento de Foucault

Nascido na França em 1926, Michael Foucault é considerado um dos mais influentes filósofos e crítico social do século XX. Com seu pensamento cético e fora dos padrões da época, não se considerava um teórico e sim um experimentador, pois ao escrever um livro

acreditava em uma autotransformação, como também em uma modificação na sua forma de pensar sobre um determinado assunto de seu interesse.

[...] cada novo trabalho muda profundamente os termos de pensamento que eu tinha alcançado com o trabalho anterior. Nesse sentido, eu me considero mais um experimentador do que um teórico; não desenvolvo sistemas dedutivos para aplicar uniformemente em diferentes campos de pesquisa. Quando eu escrevo, faço-o, acima de tudo, para mudar a mim mesmo e não pensar as mesmas coisas antes (Michel Foucault, 1991, p.27).

Neste sentido, através de suas obras Foucault se mostra um pensador que se propõe a suscitar mudanças na sociedade. Mudanças que impulsionam a liberdade, que vão em direção oposta aos meios de dominação e opressão que um ser humano exerce sobre o outro (FOUCAULT, 2016).

De acordo com o pensamento Foucaultiano o cuidado é uma das ferramentas que promovem a liberdade. Ele simboliza uma preocupação do homem com o corpo aliada a uma relação com o outro, e ao mesmo tempo expressa formas de vida que se modificam de acordo com a sociedade que o indivíduo está inserido (MENDES et al, 2016).

Neste estudo será tratado o cuidado em saúde não apenas como um conjunto de técnicas ou medidas terapêuticas orientadas para um bom resultado em um determinado tratamento, mas sim como um constructo filosófico. A abordagem das ações em saúde a partir de um olhar filosófico é um caminho já percorrido por alguns autores, como Andrea Caprara e Ricardo Ayres ao tratar sobre o cuidado em saúde (CAPRARA, RODRIGUES, 2013; AYRES, 2004).

Segundo Ayres (2004) em seu trabalho *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*, ele aborda o cuidado em seu sentido ontológico e defende que o cuidado em saúde alicerçado em uma compreensão filosófica ultrapassa a ideia do senso comum a que se refere. Para este autor, o cuidado é elevado a uma categoria aonde se pode analisar simultaneamente a sua inserção filosófica e prática frente aos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações terapêuticas.

A reflexão do cuidado em saúde de Ayres se encontra com o pensamento foucaultiano, embora este último tenha atribuído outras formas de compreensão para o cuidado. Para Foucault, o cuidado ainda se relaciona com saberes e práticas que favorecem o surgimento de

técnicas de cuidado a partir das relações de saber e poder, no sentido de não dominação, nas quais envolve as experiências de vida dos seres humanos, sejam elas culturais ou históricas. Desse modo é possível inferir que as práticas direcionadas para a produção da saúde constituem-se como elementos norteadores do cuidado (FOUCAULT, 2016;2015).

Uma construção histórica sobre a idealização da saúde, foi proposta por Foucault, em uma perspectiva individual ou coletiva. Corroborando com o pensamento de Foucault, Roza (2015) aponta que as práticas de saúde são fragmentos de momentos históricos e políticos que exercem uma influência sobre as práticas médicas, delineando uma força sobre a normalização dos corpos.

Foucault (2014) afirma que a norma não é apenas um princípio de inteligibilidade, é a legitimação e a fundamentação do exercício do poder. A urgência da sociedade em entender e dominar os corpos fez com que emergisse mecanismos de observação, segregação e divisão desses corpos através da norma. Assim, a norma se traduz como um processo de divisão dos indivíduos, no qual a nossa sociedade encontra-se articulada.

Assim, a norma é uma forma de pretensão ao poder, no sentido de coerção, mas também pode ser um princípio de correção. As práticas de atenção à saúde são orientadas conforme o SUS e suas legislações, desse modo, as práticas podem assumir os mesmos sentidos da norma analisada por Foucault, seja em seu caráter coercitivo ou corretivo quando realizadas pelo profissional de saúde (FOUCAULT, 2014).

Em seu profundo estudo sobre o poder, Foucault não o analisa apenas com o significado de soberania, lei ou dominação. Para ele a compreensão do poder se desenvolve além disso, em uma teoria mais rica, baseado nas formas mais complexas de suas relações, pois para este teórico o poder não pode ser compreendido como único, muito menos estático, para ele o poder parte de um processo dinâmico constituindo-se como uma rede de dispositivos que atuam em diversas dimensões. Nessa perspectiva, ele menciona o poder sob o entendimento “jurídico-discursivo”, colocando que esta é uma prática que está enraizada na história do ocidente. Para ele, esse tipo de poder assume sempre a forma de regra ou lei, implicando no que é legal ou ilegal, e no que é proibido. E se algo não é permitido, não pode ser dito. Desse modo, pode-se perceber que o discurso se relaciona com a prática. Esse contexto filosófico trazido por Foucault pode ser observado claramente no campo da saúde, pois, todo o sistema de saúde é regido por leis, decretos, normativas e sua aplicabilidade prática se traduz conforme o sentido abordado pelo filósofo (FOUCAULT, 2016).

Em *Os anormais*, Foucault (2014) faz uma analítica sobre as práticas adotadas com as pessoas atingidas pela lepra² durante a idade média. O autor apresenta o cenário denominado por ele de “exclusão dos leprosos”. Ele coloca a situação de divisão e distanciamento rigoroso dos portadores da doença da sociedade. A exclusão das pessoas com lepra do convívio com a comunidade era sinônimo de morte em vida, significava ainda a desqualificação não só moral, mas política e jurídica do indivíduo, as quais eram práticas sociais colocadas em primeiro plano durante a Idade Média. Os doentes eram vítimas de todo e qualquer mecanismo negativo de repulsa social.

Práticas de rejeição, práticas de exclusão e de marginalização eram declaradas aos leprosos sem nenhum tipo de reserva e é sob essa perspectiva que Michel Foucault (2014) coloca como o poder é exercido sob as minorias, como doentes, os loucos, as crianças, os criminosos, os operários e os pobres. Foucault coloca as crianças como parte integrante do que é considerado em sua analítica como anormalidade, pois por muito tempo foram invisibilizadas pela sociedade por serem consideradas, de uma maneira geral, como seres que precisavam ser domados. Nessa conjuntura, aparece a figura de um poder opressor e violento que massacra a população destoante dos padrões estabelecidos pela sociedade.

A utilização desse tipo de poder sob a forma de rejeição apresentada por Foucault durante a idade média com os leprosos, marcou profundamente a história da hanseníase com um significado estigmatizante. Atualmente ainda existe um preconceito muito grande em relação a doença independentemente da idade (FOUCAULT, 2014).

Ao analisar poder e saber em *os anormais*, Foucault, aponta um saber verticalizado e sistematizado ao falar sobre o modelo de inclusão dos pestíferos. O modelo supracitado foi considerado inclusivo baseado na formação do saber e na multiplicação dos efeitos de poder apoiado no acúmulo da observação. Nessa lógica, o poder deixa de ser um poder que reprime, que exclui e, é elevado a uma categoria de poder positivo ligado ao crescimento e a acumulação do saber social. Foucault coloca que diferente da exclusão dos leprosos a inclusão dos pestíferos constituía-se como um modelo de aproximação do poder (através da figura dos inspetores) com os indivíduos, sendo uma tentativa de maximizar a saúde, a vida e a longevidade da população (FOUCAULT, 2014).

Em *o nascimento da clínica*, para Foucault a observação minuciosa e atenta do médico para o paciente se configura como uma prática necessária na condução do caso, pois quem

² No texto original o autor utiliza o termo Lepra, nomenclatura que no Brasil foi substituída por Hanseníase através da lei nº 9.010/1995.

traz a doença é o paciente. Nessa obra, Foucault aponta a importância do médico considerar as especificidades de cada ser humano, sendo necessário para isso uma aproximação através da comunicação com o doente seja ela verbal ou não (FOUCAULT, 2015).

Nesse contexto é possível estabelecer um paralelo com a área da saúde. Tradicionalmente tecnicista e biomédica, nesse campo o cuidado está acoplado a uma ideia de ato individualizado de defesa ou preservação do corpo, seja para o usuário ou para o profissional, ficando em segundo plano os seus determinantes sociais, culturais ou econômicos. Desse modo a manutenção do cuidado passa a ser uma forma unidirecional de solução de problemas. As relações de poder abordadas por Michel Foucault, trazem uma dialética contrária, pois para ele o cuidado está relacionado a liberdade de aceitação de uma contra conduta no sentido de considerar as relações dos sujeitos com os seus fatores sociais, econômicos, familiares, educacionais e até mesmo políticos (FOUCAULT, 2014; 2015).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo

Para responder à pergunta norteadora relativa às práticas de atenção à saúde realizadas por profissionais de saúde para crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento de hanseníase, foi realizada neste estudo uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, de abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa tem articulação de proximidade com o trabalho de campo, pois este último ocorre em ambientes da vida real, com as pessoas assumindo seus papéis de rotina. Desse modo, realizar um trabalho de campo exige o estabelecimento de relações genuínas com outras pessoas e a capacidade de dialogar confortavelmente com elas (YIN, 2016). Neste estudo a pesquisadora desenvolveu uma relação dialógica confortável com os profissionais da equipe de saúde que atuavam nas USF e unidades de referência.

O estudo descritivo tem como objetivo principal a descrição das características de uma população ou fenômeno estudado, extrapola a simples identificação da existência de relações entre variáveis se propondo a determinar a natureza dessas relações (GIL, 2010). Em consonância com o objeto de estudo de investigação proposto nesta pesquisa, foram analisadas as práticas de atenção à saúde, suas inter-relações, significados e simbologias na produção do cuidado a crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento de hanseníase.

O estudo de abordagem qualitativa é entendido como aquele que envolve primeiramente estudar o significado das vidas das pessoas nas condições que elas realmente vivem, abrangendo condições contextuais sejam elas sociais, institucionais ou ambientais onde a vida das pessoas se desenrolam (YIN, 2016).

Corroborando com este pensamento, Minayo (2014) coloca que o estudo qualitativo é entendido como aquele que é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade das relações e estruturas sociais, sendo possível captar os níveis mais profundos da investigação que não podem ser traduzidos em dados estatísticos.

4.2 Cenário do Estudo

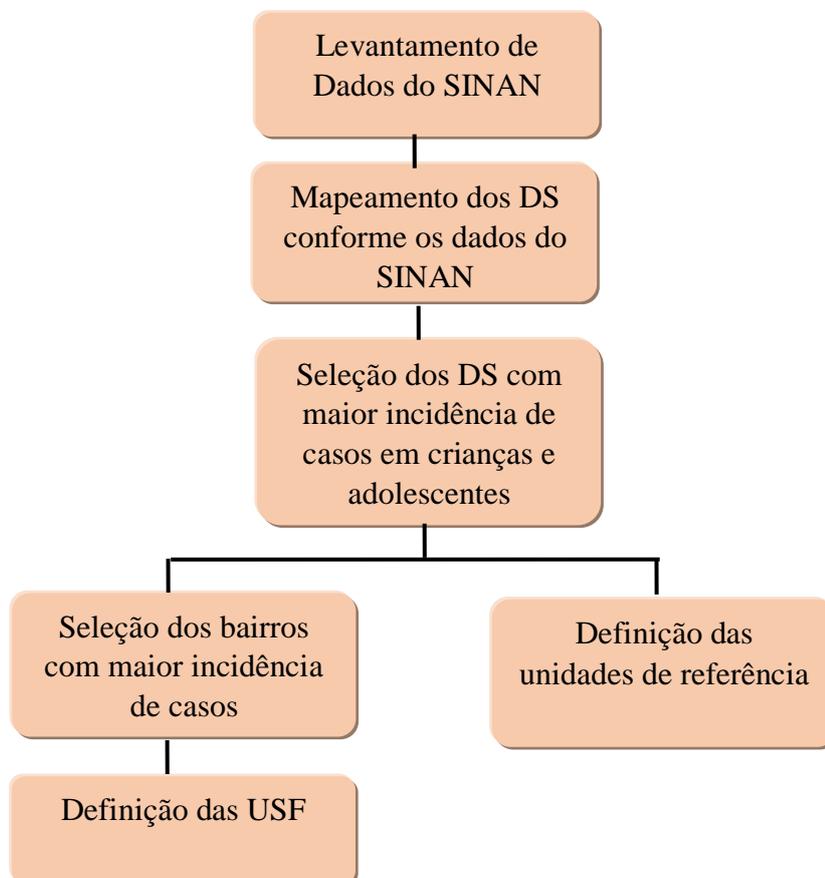
O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) e serviços de referência no tratamento de hanseníase na cidade do Recife.

A cidade tem uma população de 1.625.583 habitantes, registrados de acordo com a estimativa populacional realizada pelo IBGE (IBGE, 2016).

Quanto à divisão territorial, o município é constituído por 94 bairros, 6 Regiões Político Administrativas (RPAs) e 8 Distritos Sanitários (DS). Cada DS dispõe de um Serviço de referência, totalizando 8 (oito) unidades. A cidade conta com 251 equipes de saúde da família distribuídas em 122 USF (RECIFE, 2017).

A definição da área de estudo foi realizada de acordo com critérios epidemiológicos apreendidos por meio do SINAN, seguido do mapeamento dos DS conforme os dados oferecidos pelo supracitado sistema de informação, dados estes solicitados à vigilância epidemiológica da cidade do Recife. Foram incluídos na investigação os DS, assim como os bairros, que tiveram maior incidência de casos de hanseníase em menores de 15 anos nos últimos cinco anos. Desse modo, participaram do estudo, as USF e os Serviços de referência dos respectivos distritos.

Figura 1 – Fluxograma para definição da área de estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Após a análise dos dados epidemiológicos do SINAN, os DS II e IV foram incluídos na investigação por apresentarem maior incidência na população estudada, conforme o quadro 1 (SINAN, 2018).

Quadro 1 - Distribuição de casos novos de hanseníase por Distrito Sanitário da cidade do Recife-PE, 2012 – 2017.

Distrito Sanitário	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I	3	4	1	2	4	4	18
II	25	20	14	15	8	10	92
III	3	1	0	0	2	1	7
IV	7	12	15	7	12	4	57
V	9	12	4	7	6	7	45
VI	0	3	3	3	7	3	19
VII	7	15	9	8	5	3	47
VIII	15	8	9	7	9	2	50

Fonte: SINAN (2018)

Participaram do estudo três USF e uma Policlínica localizadas no DS II, assim como uma USF e uma Policlínica localizadas no DS IV. Neste estudo foram incluídas as policlínicas de referência de ambos os distritos, para onde são encaminhados os casos que necessitam de acompanhamento especializado. No DS II o estudo contemplou todas as USF do bairro de Água Fria, onde foram registrados 24 casos novos de 2012 a 2017 e detém o maior número de notificações nos últimos cinco anos. No bairro da Várzea, pertencente ao DS IV, foram registrados 20 casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de 2012 a 2017. Foi incluída no estudo uma USF do bairro da Várzea por apresentar o maior número de notificações nos últimos cinco anos, sendo um total de 17 notificações (SINAN, 2018).

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde integrantes da equipe de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipe multiprofissional das unidades de referência como enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que prestam assistência direta a crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase. Fizeram parte do estudo um total de 23 profissionais de saúde que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) atuar há pelo menos 6 (seis) meses nas Unidades de Saúde da Família ou nos Serviços de referência, 2)

prestar assistência direta a crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase. Foram excluídos do estudo os profissionais que: 1) estivessem ausentes do serviço por férias, doença ou outro motivo durante o período da coleta.

A amostra foi do tipo intencional, pois este tipo de amostragem tem por objetivo principal dispor as unidades de estudo e de profissionais, de modo que gerem dados mais relevantes e ricos de acordo com o tema pesquisado (YIN, 2016).

O critério de saturação teórica foi definidor do tamanho da amostra, pois este é um processo contínuo de análise dos dados desde o início da coleta, onde o pesquisador em um determinado momento da pesquisa avalia certa redundância ou repetição das informações suspendendo a coleta (FUSH, NESS, 2015).

4.4 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2018, sendo iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com a obtenção do CAAE nº 81181417.2.0000.5208 e parecer de nº: 2.532.172 (ANEXO B). Para dar início a coleta de dados, o profissional foi previamente convidado a participar da pesquisa, onde foram explicados os objetivos do estudo, como também sua forma de participação. Foi solicitada ainda a sua anuência formal através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos requisitos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

A pesquisadora iniciou a coleta pelo DS II por ser o distrito com maior incidência de hanseníase em menores de 15 anos nos últimos cinco anos. Antes de iniciar a entrevista individual com os participantes do estudo, a pesquisadora dirigia-se a gerência de cada unidade com o propósito de apresentar-se, com a mesma intenção seguia até os profissionais para também esclarecer sobre os objetivos do estudo convidando-os a participar. Posteriormente as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes do estudo. Para resguardar a privacidade dos profissionais participantes as entrevistas foram realizadas em consultórios nas unidades de saúde, onde os profissionais exerciam suas atividades laborais, apresentando uma duração em média de 25 minutos.

A etapa da coleta foi precedida por uma inserção prévia da pesquisadora nos serviços de saúde, permitindo uma maior familiarização com o ambiente e com os profissionais, conforme descrito por Yin (2016). Para este autor a ambientação do pesquisador no local de

estudo é parte integrante no trabalho de campo em pesquisa qualitativa, pois permite o estabelecimento de relações verdadeiras entre os sujeitos do estudo, favorecendo naturalmente um diálogo.

Os dados foram coletados de acordo com o princípio da triangulação através do emprego das seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista e observação sistemática.

A triangulação dos dados tem por objetivo associar duas ou mais maneiras de investigar ou comprovar determinada informação ou fato, o que serve para reforçar a validade do estudo. A validação em pesquisa é de fundamental importância para o controle da qualidade do estudo e de seus resultados. A validade permite que não se confunda o real significado dos eventos com o posicionamento do pesquisador. (YIN, 2016).

A relação entre o pesquisador e o entrevistado na entrevista qualitativa não segue um modelo rígido, estrito, pois o pesquisador terá o conhecimento global das perguntas abordadas no estudo. Logo, a maneira como as perguntas foram orientadas pelo pesquisador dependia do ambiente e do contexto em que a entrevista estava sendo realizada. Foi adotado o modelo conversacional de entrevista, que tem como efeito um relacionamento individualizado entre pesquisador e entrevistado. Este modelo permite a interação bidirecional entre os sujeitos da mesma forma que os entrevistados podem se colocar diante do tema estudado utilizando os seus próprios termos, significados, externando as suas emoções e experiências sobre o tema em questão (YIN, 2016).

A entrevista individual, foi utilizada nesta pesquisa como uma das técnicas de coleta de dados, sendo subsidiadas por meio de um roteiro de entrevista (APÊNCICE A). Como ferramenta de sistematização, a entrevista contou inicialmente com um formulário estruturado para a caracterização dos profissionais (idade, sexo, categoria profissional, tempo de atuação na saúde da família e na unidade de saúde), seguido da aplicação de um roteiro de entrevista com oito perguntas subjetivas norteadoras relativas às práticas de atenção à saúde realizadas com menores de 15 anos com hanseníase.

O roteiro é um instrumento com perguntas norteadoras que contemplam o tema em estudo, elaborado para auxiliar o pesquisador na condução da entrevista de modo que todos os aspectos de interesse da investigação sejam abordados (YIN, 2016).

Com a finalidade de testar e aprimorar algumas peculiaridades do estudo como o instrumento de coleta de dados, planos de análise, o próprio trabalho de campo e a conduta da pesquisadora foi realizado um teste-piloto. Um total de três entrevistas foram realizadas, subsidiando uma avaliação favorável, tanto da desenvoltura da pesquisadora como do instrumento de coleta de dados, não sendo necessárias modificações.

A observação sistemática é tida como uma técnica de captação de informações, visto que ela favorece a identificação dos dados que por vezes são filtrados nos relatos, mas podem ser visualizados, como também percebidos pelo pesquisador através da observação (YIN, 2016). Foram realizados três momentos de observações sistemáticas de atendimentos a crianças e adolescentes menores de 15 anos em tratamento de hanseníase por profissionais da equipe multiprofissional, guiadas por um roteiro de observação sistemática (APÊNDICE B) e registradas por meio de anotações da pesquisadora em diário de campo. Duas observações foram realizadas no DS IV e uma no DS II.

As entrevistas foram gravadas por meio de dois recursos de gravação de áudio, um gravador digital (Sony digital voice recorder 4 gb) e um gravador portátil (Smart voice recorder), para garantir uma melhor captação de dados. Em seguida, os dados captados nas entrevistas foram transcritos na íntegra para subsidiar a etapa de apresentação e análise dos dados.

4.5 Método para Análise dos Dados

Para apreciação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo estruturada em Bardin (2011), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações ancoradas em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens. A sistematização assim como a organização da análise deu-se através de três momentos: o primeiro foi a pré-análise, seguido da exploração do material e por fim o tratamento e interpretação dos resultados obtidos (BARDIN, 2011).

No primeiro momento, que é o da pré-análise, todo o conteúdo gravado das entrevistas foi transcrito na íntegra, submetido a leituras flutuantes do material. Esta fase corresponde a organização das ideias iniciais, o que permite ao pesquisador ter uma perspectiva mais ampliada do material produzido, como também suas especificidades, através da reflexão sobre as variadas informações que foram expressas pelos participantes do estudo sobre o tema em questão. Esta primeira leitura permitiu a identificação dos conteúdos a partir das similaridades encontradas. Durante o processo de transcrição das entrevistas e mesmo após a sua finalização, foram realizadas leituras subsequentes e aguçadas de exploração do material armazenado, como entrevistas e observação sistemática, buscando compreender os elementos e conceitos mais relevantes que pudessem subsidiar o processo de análise.

A segunda fase que corresponde a exploração do material, foi realizada a codificação e categorização previamente definidas. Esta fase contou com o auxílio do programa *Atlas*

ti for Windows (versão 8.0). O programa *Atlas.ti for Windows* (versão 8.0) é um software para análise de dados qualitativos que vem sendo utilizado por pesquisadores do mundo pela sua facilidade e quantidade de ferramentas disponíveis. Ele é classificado como construtor de teorias baseados em códigos e permite operações tanto em nível textual e como conceitual, substituindo os processos manuais. É uma ferramenta que auxilia o pesquisador no processo de organização da análise de dados, no entanto o pesquisador é quem faz a codificação, assim como a classificação das informações relacionando com conceitos e temas estudados (SILVA JÚNIOR; LEÃO, 2018).

A codificação é um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2011). Nesse momento da codificação foram identificados os núcleos de sentido que se relacionavam com os objetivos do estudo. No *Atlas ti*, é possível a criação de códigos, que são termos destacados no decorrer dos documentos, que subsidiou a organização das unidades temáticas, que posteriormente foram codificadas.

Dessa forma foi possível reunir os códigos e categorizá-los conforme as ideias compartilhadas entre os profissionais da saúde da família e unidades de referência. Na última fase que compõe o processo de análise de dados foi realizada a interpretação das categorias de análise, sendo realizadas articulações com os objetivos do estudo, os dados empíricos e a literatura referente ao objeto de pesquisa.

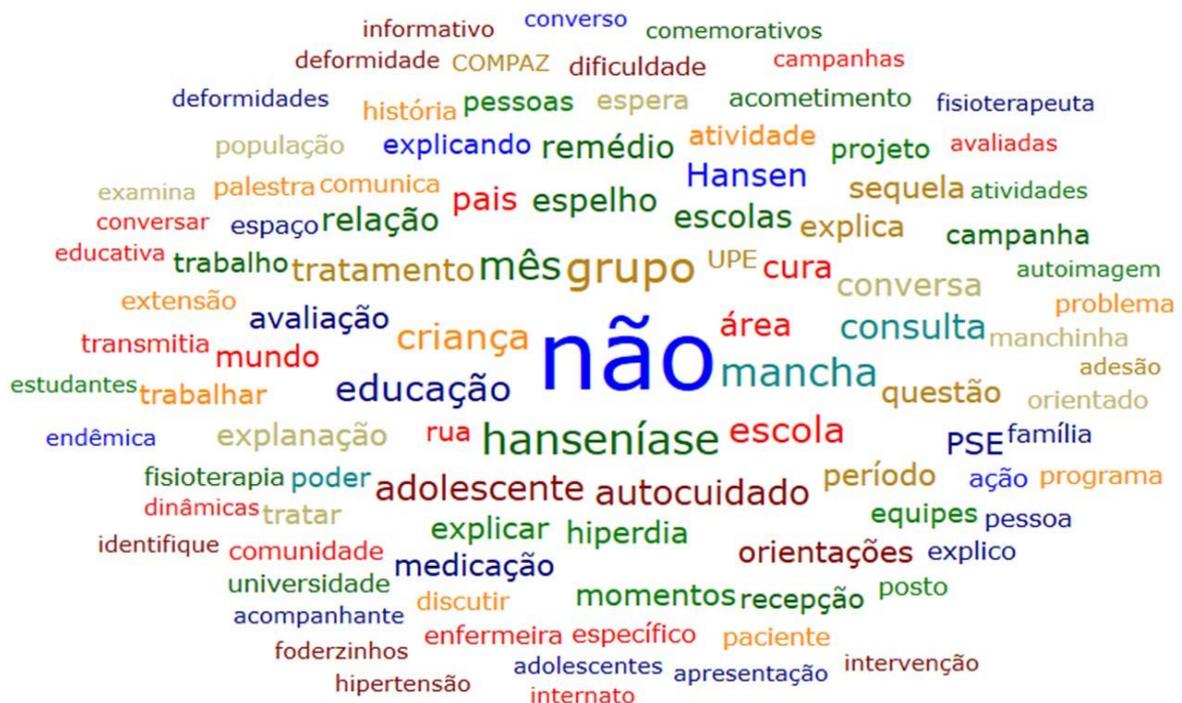
A partir da análise dos dados surgiram três categorias temáticas: 1) Acolhimento: uma prática além da hanseníase; 2) A prática clínica e 3) Educação em saúde, que foram organizadas a partir de códigos e das similaridades encontradas entre eles, que estão representados pelas figuras 2, 3 e 4.

Figura 3 – Nuvem de palavras da categoria A prática clínica



Fonte: Elaborado pela autora com o auxílio do *Atlas ti* (2018)

Figura 4 – Nuvem de palavras da categoria Educação em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora com o auxílio do *Atlas ti* (2018)

4.6 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa foi solicitada a autorização da Secretaria municipal de Saúde para a concessão da carta de anuência. A carta de anuência foi concedida pela secretaria de saúde e em seguida o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do CEP.

O estudo foi apresentado e esclarecido aos participantes da pesquisa quanto aos seus objetivos, assim como os seus riscos e benefícios. Os profissionais foram informados que poderiam se recusar a participar da pesquisa, como também retirar a sua anuência a qualquer momento, sem necessidade de explicação, e caso desejasse encerrar a sua participação em qualquer momento poderia ser feito sem qualquer prejuízo.

Depois de prestados os devidos esclarecimentos foi solicitada a anuência formal do participante através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), conforme as Resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2012).

As informações da pesquisa serão mantidas em sigilo e divulgadas apenas para fins científicos em eventos ou publicações. Os voluntários do estudo em nenhum momento foram identificados, para tanto foram utilizados códigos formados por uma sequência de letras e números. As letras iniciais correspondem a categoria profissional de cada participante, sendo “E” para enfermeira ou enfermeiro, “M” para médica ou médico, “F” para fisioterapeuta, “T” para terapeuta ocupacional e “P” para psicóloga ou psicólogo. As letras são seguidas por numerais cardinais que correspondem a ordem de participação do entrevistado na pesquisa, seguindo a sequência da codificação, uma segunda ordem de letras foi utilizada, sendo “F” para feminino e “M” para masculino, sucedido por último da idade do entrevistado, exemplo: E5 – F27. Desta forma foi mantido o sigilo e anonimato de cada participante, salvo entre os responsáveis pela pesquisa.

Os dados apreendidos nas entrevistas como o material gravado, as transcrições referentes às entrevistas e os dados obtidos ficarão arquivados em computador pessoal e pastas de arquivo sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, que poderá ser encontrada na Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Avenida da Engenharia – Cidade Universitária, CEP: 50670-420, por um período de cinco anos.

Os participantes do estudo foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa. O presente estudo poderia oferecer riscos mínimos de constrangimento aos profissionais de saúde quanto às informações relativas às suas práticas de atenção à saúde e a observação sistemática, no entanto estes riscos poderiam ser minimizados imediatamente, pois a pesquisa poderia ser interrompida em qualquer momento e a pesquisadora ao reconhecer tal situação não prosseguiria com a coleta. Como benefícios da pesquisa foram explicitados a melhor compreensão das demandas relacionadas às práticas de atenção à saúde realizadas com menores de 15 anos em tratamento de hanseníase, assim como a atuação dos profissionais e as atividades de educação em saúde, possibilitando revisitar a prática relacionando possibilidades e limitações.

4.7 Limitações Metodológicas

No período referente a coleta de dados surgiram dificuldades no acesso do pesquisador aos profissionais de saúde. No entanto, para contornar a situação o pesquisador antes de iniciar as entrevistas se dirigia às unidades para realizar o agendamento prévio conforme a disponibilidade do entrevistado, porém alguns profissionais mesmo com o agendamento não compareciam no horário e data pré-estabelecida, sendo necessário novos agendamentos posteriores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo membros, da equipe multiprofissional de saúde, que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Policlínicas localizadas nos Distritos Sanitários II e IV da cidade do Recife – PE. O público participante foi composto por 14 profissionais do Distrito Sanitário II e 09 do Distrito Sanitário IV. Foram apreendidos os discursos de um total de 23 profissionais de saúde de nível superior, dentre eles (08) enfermeiros, (10) médicos, (02) fisioterapeutas, (01) terapeuta ocupacional e (02) psicólogos. Os psicólogos participantes do estudo integravam a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Quanto à faixa etária houve uma variação entre 30 a 67 anos, sendo a maioria dos participantes concentrado na faixa entre 41 a 50 anos de idade. Houve um predomínio do sexo feminino entre os entrevistados e apenas dois participantes do estudo eram do sexo masculino. É importante salientar que o quesito raça / cor foi preenchido de forma autodeclarada pelos participantes da pesquisa, que se afirmaram pertencentes as raças, negra (03), parda (13) e branca (07), conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Características sociodemográficas dos profissionais de saúde, Recife-PE, 2018

IDADE	SEXO	RAÇA / COR	CATEGORIA PROFISSIONAL
51	F	BRANCA	PSICÓLOGA
49	F	PARDA	PSICÓLOGA
48	F	PARDA	TERAPEUTA OCUPACIONAL
51	F	PARDA	MÉDICA
56	F	PARDA	ENFERMEIRA
47	F	PARDA	FISIOTERAPEUTA
62	M	BRANCA	MÉDICO
48	F	PARDA	ENFERMEIRA
37	M	PARDA	FISIOTERAPEUTA
37	F	BRANCA	ENFERMEIRA
67	F	NEGRA	MÉDICA
35	F	NEGRA	MÉDICA
36	F	PARDA	MÉDICA
46	F	PARDA	ENFERMEIRA
45	F	PARDA	MÉDICA
50	F	BRANCA	MÉDICA
43	F	BRANCA	ENFERMEIRA
54,	F	NEGRA	ENFERMEIRA
39	F	BRANCA	ENFERMEIRA
66	F	BRANCA	MÉDICA
48	F	PARDA	ENFERMEIRA
30	F	PARDA	MÉDICA
52	F	PARDA	MÉDICA

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Os participantes do estudo foram questionados há quanto tempo exerciam suas atividades laborais no serviço onde foram realizadas as entrevistas, neste sentido foi

observado uma proximidade entre aqueles profissionais que atuavam na unidade de saúde há mais de 10 anos e os que atuavam entre 11 meses e 2 anos nos referidos serviços.

Quadro 3 - Período de atuação dos profissionais nas USF e Policlínicas, Recife-PE, 2018

PERÍODO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE	TOTAL
11 meses a 2 anos	5
3 a 4 anos	3
5 a 6 anos	3
7 a 8 anos	4
9 a 10 anos	2
+ de 10 anos	6

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Também foi questionado aos entrevistados quanto a sua formação profissional, identificou-se que eles realizaram cursos de pós-graduação do tipo especialização, residência em saúde e mestrado, nas áreas de dermatologia, hansenologia, saúde pública, saúde da família, saúde da criança e/ou do adolescente, assim como alguns cursos de aperfeiçoamento em hanseníase oferecidos pela gestão municipal.

Quadro 4 - Caracterização dos profissionais quanto a área de especialização profissional, Recife-PE, 2018

ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO	TOTAL
Dermatologia	2
Hansenologia	1
Saúde pública / Saúde da família	11
Saúde da criança e adolescente	2
Outras áreas ³	5
Não possui especialização	2

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

³ Foram ainda citados pelos participantes as seguintes áreas de especialização: psicologia clínica, neuropsicopatologia, pneumologia sanitária, eletrotermofototerapia e patologia

O corp us apreendido com o discurso dos profissionais das USF e dos Serviços de referência subsidiou a elabora o de três categorias temáticas: 1) Acolhimento; 2) Prática clínica e 3) Educa o em saúde.

Figura 5 – Diagrama das categorias evidenciadas no estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

As três categorias foram formuladas a partir da análise de conteúdo dos discursos dos participantes considerando elementos estruturantes dos fundamentos filosóficos foucaultianos como: rela es de poder, cuidado e discurso (FOUCAULT, 1991; 2004; 2013a; 2013b; 2014; 2014; 2016).

5.2 Acolhimento

A primeira categoria do estudo diz respeito aos aspectos relacionados ao acolhimento realizado pelos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, considerando os desafios identificados no ambiente de trabalho, como o tempo disponível para cada consulta em rela o com a demanda de atendimentos na consulta clínica; a comunica o com a criança /

adolescente e a família; a acessibilidade ao serviço; a adesão ao tratamento com atendimento multiprofissional.

A princípio, como forma de introduzir o diálogo sobre a temática, os profissionais foram indagados sobre o tempo, em média, utilizado no atendimento durante a consulta do menor de 15 anos em tratamento de hanseníase. Os participantes elaboraram suas respostas ao questionamento considerando o tempo de atendimento das consultas mensais de rotina, como também da primeira consulta, onde é realizado o exame físico detalhado para investigação da doença. Em seus discursos, os entrevistados colocaram que é utilizado um tempo maior na primeira consulta da criança e do adolescente com hanseníase, como vemos a seguir:

E8 – F56: a primeira consulta é aproximadamente de 45 minutos a 1 hora e as subsequentes por volta de meia hora.

M9 – M62: A consulta inicial do paciente, a primeira consulta, ela dura em torno de meia hora, mais ou menos, porque você faz a investigação. [...] se ele vem mensalmente para o serviço e se por acaso ele está bem, a partir de então é uma consulta mais rápida de 10-15 minutos, [...]

Alguns entrevistados ao comentar sobre o tempo demandado na consulta, atrelavam esse tempo as suas atribuições de rotina no atendimento em hanseníase. A hanseníase é considerada uma doença negligenciada pelo número elevado de casos na realidade brasileira, sendo de notificação compulsória.

M5 – F30: sempre é uma consulta que demora mais porque além de estar examinando, vendo o problema do paciente a gente precisa saber dos contactantes, tentar entender como esse paciente se contaminou e precisa fazer toda a papelada de notificação, de prescrição, às vezes, encaminhar também para o dermatologista.

E7 – F37: Dura em média uns 40 minutos, uma consulta, para a gente fechar o diagnóstico de hanseníase, até porque a gente quando fecha realmente, tem que fazer a notificação do caso, solicitar a medicação, pesar esse paciente, então é uma consulta mais demorada.

Ao discorrer sobre o período utilizado no atendimento do paciente, um profissional diferentemente dos demais, constrói a sua fala citando a importância de esclarecer a criança ou adolescente e a família sobre a doença. A sensibilidade do profissional para assistir as

demandas emocionais da criança ou adolescente e familiares diante do diagnóstico de hanseníase, foi explicitado por requerer uma consulta mais prolongada.

M2 – F45: O tempo vai ser suficiente para a pessoa se sentir segura, [...] a gente tenta mostrar que tem de fato uma cura e o tempo necessário para isso é o tempo que a gente achar que saiu alguma forma de esclarecimento para o paciente e família.

Em contrapartida um profissional relata que não dispõe de muito tempo para atender um paciente de hanseníase em determinado turno, por isso é necessário reagendar o atendimento para o turno seguinte.

M8 – F67: Se eu faço um diagnóstico ou se eu suspeito de Hansen, eu marco ele (paciente) para a tarde, porque aqui durante a manhã eu não tenho muito tempo. A gente atende 14 pacientes e eu não posso demorar muito, são 20 minutos de cada consulta. Eu marco ele para um dia de tarde, aí nesse dia são cinco pacientes, então eu estou à disposição dele, pode durar o tempo que for preciso.

Posteriormente os participantes do estudo comentaram sobre a comunicação que eles estabelecem com a criança / adolescente menor de 15 anos e a família ou cuidador, afirmando que o discurso dos usuários apresenta-se como elemento norteador das práticas de atenção à saúde em hanseníase.

M7 – F35: Quando ele vem para a consulta aí é o discurso do paciente, é a narrativa dele. Pelo menos comigo, eu dou a oportunidade de ele falar, questionar, enquanto ele está dizendo a queixa dele, eu vou montando a história.

TO1 – F48: Os discursos deles são norteadores. Tem a ver com a nossa prática, o paciente trazer a sua demanda, é ele quem sabe o que quer. O discurso é determinante, pois o pai, a mãe, o cuidador trouxe porque alguém disse alguma coisa ou se não disse, cabe a gente observar e tirar daquela criança ou do adolescente.

Em contrapartida, foi observado em alguns discursos a invisibilização da criança/adolescente como sujeito ativo na sua linha de cuidado no primeiro momento do processo de acolhimento que é a comunicação, tornando assim a interlocução entre

profissional e usuário um processo unilateral. A comunicação ocorre de modo verticalizado, quando o profissional expõe informações que considera necessárias para serem cumpridas no tratamento do paciente. As informações são direcionadas ao adulto e a criança ou o adolescente são meros expectadores, sendo esperado que o adolescente seja capaz de entender a mensagem de modo semelhante ao adulto.

M10 – F51: Não é a questão de ser criança ou adolescente, porque se for criança quem vai ter que entender o que estou falando é a mãe ou o pai ou a tia, então é o adulto. Se um adolescente já entender, entende igual a um adulto.

Os participantes também abordaram em seus discursos a importância do profissional de saúde desenvolver uma comunicação dirigida à criança / adolescente buscando respeitar as especificidades quanto ao desenvolvimento cognitivo e emocional em correlação com a faixa etária dos mesmos.

P1 – F51: Com criança tem um jeito, com adolescente tem outro jeito, e com criança como eu já trabalhei é uma coisa que eu gosto de fazer, para mim é fácil. [...] eu gosto de usar às vezes um jogo, uma brincadeira, um desenho, uma pintura, porque aí a gente pode desenhar junto, conversar junto, mais ou menos assim. [...] com o adolescente você tem até que ter a uma linguagem própria, porque, tem que entender o mundo deles, o universo deles como o da criança.

Na sequência, para dar continuidade à entrevista, os participantes do estudo foram questionados sobre o atendimento da criança e do adolescente pela equipe multiprofissional. O discurso dos profissionais em relação ao acesso da população aos serviços que compõem a atenção primária em saúde, destacou que o acesso a equipe multidisciplinar se configura de maneiras diferentes entre a USF e a unidade de referência. Na primeira, o atendimento é realizado majoritariamente pelo profissional enfermeiro e pelo profissional médico, sendo ampliado através de apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que mantém uma vinculação a três ou quatro USF. As unidades de referência como são destinadas ao atendimento especializado apresenta em sua composição uma equipe multiprofissional, que é beneficiada por uma composição de profissionais como terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social.

Os participantes do estudo de ambos os serviços, referiram que encontram dificuldades para assegurar o acesso da criança e do adolescente em tratamento de hanseníase a atendimento e/ou acompanhamento por outros profissionais especialistas. Os profissionais que atuam na USF queixaram-se de limitações para encaminhamentos ao dermatologista, enquanto os profissionais da referência apontaram as dificuldades para garantir o atendimento das crianças e adolescentes pelo psicólogo e o assistente social. Vale salientar, que durante as observações sistemáticas foi possível identificar que tanto o psicólogo quanto o assistente social em uma das policlínicas não eram reconhecidos como profissionais integrantes no cuidado em hanseníase, pois durante as entrevistas e consultas esses profissionais não foram citados.

E1 – F39: O limite é a questão de que a gente precisa do acompanhamento do dermatologista. [...] se eu for encaminhar hoje uma pessoa para o dermatologista ela vai demorar uns dois meses mais ou menos para ter essa consulta, mas quando é um caso de Hansen e se for uma criança, aí a gente começa a falar com um e com outro. Pelas vias normais a gente tem certa dificuldade [...]

TO1 – F48: A questão de nós não termos essa equipe multidisciplinar. Porque nós temos Fisioterapia, Terapia ocupacional e Enfermagem, mas eu sinto falta de Assistente Social e Psicólogo. Na atenção básica a gente se depara muito com a condição social, que é inerente, e aí teria que ter esses dois profissionais.

Ao discorrer sobre o acesso da população aos serviços, o acolhimento foi apresentado pela maioria dos entrevistados enquanto dispositivo de organização do processo de trabalho para assegurar o atendimento a demanda espontânea que recorre as USF em busca de resolutividade para seus problemas de saúde.

M7 – F35: Aqui a gente tem processo de acolhimento durante três dias da semana. [...] A gente colocou na segunda, na quarta e na sexta, cada dia fica responsável uma equipe.

A realização do acolhimento na atenção à saúde da criança e do adolescente com hanseníase foi considerada essencial, por minimizar riscos de perdas no atendimento e diagnóstico de possíveis casos, como também oportunizar o estabelecimento de vínculo entre profissional, paciente e familiares. A proposta de uma assistência inclusiva e humanizada vem

constituir uma estratégia de fortalecimento dos pilares das ações de promoção à saúde da população.

TO1 – F48: O acolhimento ele faz parte de toda assistência, seja na primeira consulta ou retorno [...] quando você diz: “bom dia! Como vai? Até esse tom de voz tem que ser acolhedor e estabelecer o vínculo no olhar, porque tem profissional que não olha, ele simplesmente executa, pergunta ou prescreve.

E3 – F46: Alí na primeira consulta eu acho que é o momento ideal para você criar vínculo. Ele viu que foi acolhido, ele viu que tinha alguém interessado em tratar, em querer ver sua família, em querer ver todo mundo, então ele vê que aquela pessoa está com interesse em tratar, então ele já começa a vir mais facilmente.

O acolhimento foi proposto como uma ferramenta de organização do trabalho no sistema de saúde brasileiro. Ele pode ser caracterizado como uma postura ética assumida pelos profissionais de saúde que perpassa por todos os momentos do atendimento ao usuário e resulta em uma escuta qualificada levando em consideração as suas queixas e necessidades individuais de modo a sobrepujar a perspectiva tecnicista e biologicista existente (FORTUNA et. al., 2017). Em diálogo com a literatura e o arcabouço legal do modelo de saúde vigente na realidade brasileira, nos discursos os profissionais reconhecem o acolhimento como recurso de organização do processo de trabalho implantado nas unidades de saúde de modo a acolher a demanda espontânea e promover a ampliação do acesso em saúde para o usuário, ao assumir a responsabilidade por articular na rede de saúde os encaminhamentos a outros serviços de atenção primária, secundária ou terciária, que se fizerem necessários.

O acolher ocorre a partir da utilização de múltiplos saberes⁴ na atenção básica, desde a entrada do usuário na recepção da unidade. O acolhimento a crianças e adolescentes realizado a partir da multiplicidade de saberes foi apontado como necessário em estudo realizado por Moreira, Torrenté e Jucá (2018), pois favorece a ampliação da capacidade de análise e de oferta de soluções aos problemas de saúde dos indivíduos. Considerando que o acolher exige

⁴ De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, o acolhimento enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização utiliza-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para os riscos e vulnerabilidades dos usuários.

uma disponibilidade ao diálogo por parte da equipe multiprofissional, é fundamental que a equipe assuma o acolhimento como estratégia indispensável na avaliação inicial das necessidades em saúde.

Destarte, é importante considerar o acolhimento, antes de tudo, como uma prática constitutiva das relações de cuidado entre profissional de saúde e paciente. Acolher a demanda apresentada pela população sugere que esta demanda seja ouvida, problematizada e reconhecida como legítima, o que exige do profissional um olhar ampliado a respeito da necessidade de saúde apresentada pela pessoa (FORTUNA et. al., 2017; MOREIRA, TORRENTÉ, JUCÁ, 2018).

O acolhimento foi compreendido pelos profissionais como elemento que permeia todo o ciclo de cuidado da criança e do adolescente em tratamento de hanseníase. Alguns profissionais enfatizam o acolhimento como uma ponte para o estabelecimento de vínculo entre eles e o paciente.

Em estudo realizado por Rocha e Spagnuolo (2015), foi evidenciado que através do acolhimento em saúde é possível estabelecer relações de confiança entre os atores envolvidos nessa prática como o médico-paciente-família, sendo a confiança o sustentáculo para criação de vínculo.

Nesse sentido, Foucault (2015) aponta que a medicina empenha-se em uma atenção renovada do individual, com uma atenção cada vez mais impaciente e apressada. O filósofo ilustra essa questão ao fazer analogia a figura de um médico que tem entre 50 a 60 pacientes para atender todas as manhãs em um determinado hospital. Neste local, o suposto médico escuta rapidamente as queixas de cada um, alinha os doentes em filas e faz a prescrição de um único cuidado para cada fileira de doentes. Para Foucault este tipo de prática não é medicina, pois a “pressa” e a “impaciência” mata o poder de apreensão do profissional para as questões mais profundas que existem entre o doente e a doença.

De maneira correlata ao pensamento foucaultiano e ao exemplo trazido por ele, a Equipe de Saúde da Família também comporta um quantitativo elevado de demandas em saúde de uma determinada comunidade, de modo que o tempo se configura como parte integrante do atendimento em saúde na busca incessante por tentar conciliar a qualidade na atenção à saúde com as demandas de atendimentos diários da população. A produção do cuidado em crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase exige cautela do profissional de saúde, em relação às especificidades na atenção ao indivíduo diagnosticado

com hanseníase, ao considerar não só a sua idade, como também o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Durante o processo de análise de conteúdo dos discursos dos entrevistados, o tempo utilizado para o atendimento da população em estudo foi apresentado como um aspecto relevante dentro do processo de acolhimento a criança / adolescente em tratamento de hanseníase. Mediante processo de triangulação dos dados, foi possível observar que as consultas realizadas estão em conformidade com as atividades profissionais exercidas cotidianamente na saúde da família.

No atendimento a criança ou adolescente menor de 15 anos, a primeira consulta foi destacada por exigir um tempo maior em relação às consultas de rotina, uma vez que é necessário realizar o exame dermatoneurológico no paciente, a notificação da doença, investigação dos contatos, solicitação de medicamento, orientação do paciente e família ou cuidador sobre a doença.

No entanto, vale salientar que a assistência integral a saúde das crianças e adolescentes em tratamento de hanseníase sobrepõem as questões burocráticas necessárias para o controle e acompanhamento da doença, sendo desse modo de grande importância para o profissional de saúde o desenvolvimento do cuidado à essa população com foco na promoção da saúde e humanização do atendimento voltados para resolução das demandas de saúde sejam elas individuais ou coletivas, valorizando a criança e o adolescente como sujeitos sociais de direitos de acordo com o seu processo de crescimento e desenvolvimento (SANINE, CASTANHEIRA, 2018).

Considerando a consulta clínica como um dos dispositivos de atendimento à saúde em nível ambulatorial da atenção básica, é importante destacar que ela se apresenta como um momento central no processo diagnóstico e definição terapêutica junto com o paciente. Desse modo, se faz necessário por parte do profissional a compreensão das queixas clínicas do indivíduo, ponderando os seus aspectos culturais, psicossociais, étnicos e religiosos (STARFIELD, 2002; COMES et al., 2016)

O tempo de consulta configura-se como um indicador de avaliação da qualidade do serviço prestado, pois através dele é possível estimar a disponibilidade ofertada pelo profissional e pelo serviço na resolução de problemas da comunidade (STARFIELD, 2002; COMES et al., 2016). A duração da primeira consulta para o atendimento de crianças e adolescentes com hanseníase de acordo com a maioria dos entrevistados, foi caracterizada

como uma consulta mais prolongada. Ela ficou em torno de 40 minutos a 1 hora, estando acima da média apontada como razoável pelos estudiosos⁵ da qualidade dos serviços de saúde na atenção básica, levando em consideração uma consulta de rotina em que o tempo aceitável estaria em uma média de 20 minutos.

Nas consultas que foram acompanhadas através da observação sistemática, foi possível constatar que apesar do tempo utilizado pelos profissionais no atendimento serem aproximadamente os mesmos relatados nos discursos, existia na sala de espera um quantitativo elevado de usuários aguardando serem atendidos. O profissional de uma determinada unidade relatou que normalmente não dispõe de tempo suficiente para atender o paciente em suspeita de hanseníase no turno da manhã, e quando pode optar por reagendar esse paciente para o turno da tarde, que considera apresentar um número mais reduzido de pacientes e por tanto poder dispensar uma maior atenção à criança e ao adolescente menor de 15 anos, assim como aos seus familiares.

Desse modo, pode-se observar em relação ao pensamento foucaultiano que o discurso é capaz “manifestar” ou “ocultar” algo e que esta é uma manifestação controlada, selecionada e organizada. As UBS assim como as policlínicas, são serviços que atuam com uma grande demanda de necessidades em saúde da comunidade regidos por normas que regulam quantitativamente o número de atendimentos e procedimentos realizados pelos profissionais, não sendo capaz de assegurar uma atenção em saúde alicerçada nas boas práticas e centrada no paciente e família (FOUCAULT, 2013b).

Para se conhecer a verdade de um fato patológico, segundo Foucault (2015), o médico deve abstrair o doente, investigando-o minuciosamente. Para isso, é preciso que o profissional esteja atento a pessoa como um todo, pois o motivo da sua perturbação é trazido pelo próprio paciente, seja através da sua narrativa ou do comportamento do seu corpo em relação à doença.

Em uma abordagem holística que busca a identificação real do problema de saúde apresentado pela pessoa que procura ajuda, muitas vezes a precisão de um diagnóstico, está

⁵ Estudiosos como Barbara Starfield e Avedis Donabedian. Bárbara Starfield que foi uma médica pediatra nova-iorquina, mestre em saúde pública, dedicou maior parte da sua carreira profissional e acadêmica para o The John Hopkins Hospital e até hoje é considerada uma das mais importantes pesquisadoras na área de atenção primária à saúde. Avedis Donabedian foi um médico libanês, considerado um grande investigador da qualidade dos serviços de saúde. Suas obras trouxeram modificações significativas na gestão do cuidado em saúde que até hoje são consideradas valiosas quando se busca a excelência no cuidado à população.

nas subjetividades que encontram-se subjacentes a doença. Essas percepções não podem partir de uma visão reducionista ou limitada da situação, que massifica o cuidar e sim de uma visão que vai além do patológico, para reconhecer as especificidades de cada indivíduo e atendê-lo conforme as suas necessidades (FOUCAULT, 2015).

Na leitura foucaultiana, a medicina humana deve se dirigir de modo a conhecer as frágeis singularidades do ser humano, estabelecendo uma relação dialética entre a doença e o doente. “É preciso exprimir as enfermidades do doente, seus sofrimentos, com seus gestos, sua atitude, seus termos e suas queixas” (FOUCAULT, 2015, p. 15 – 16). Nessa perspectiva, é possível refletir sobre as práticas de atenção à saúde a partir do profissional. Visto que, as profissões da saúde têm em sua base de trabalho a constituição de relações com os indivíduos, que são permeadas pelo processo comunicativo. Para assegurar uma atenção à saúde que contemple as necessidades biopsicossociais e culturais de um indivíduo e sua família é essencial estabelecer uma comunicação embasada em uma relação de vínculo.

A comunicação em sua essência pode ser compreendida como uma ferramenta de interação social que pode ser expressa através da fala, dos comportamentos, ações gestuais, escrita ou de um simples toque. A comunicação entre profissional e paciente exige habilidade e sensibilidade por parte do profissional, pois o diálogo com crianças e adolescentes se configura de maneira diferenciada quando comparado com aos adultos, uma vez que a infância e adolescência são fases de desenvolvimento social, cognitivo e psicológico do ser humano. Ainda assim, para que a interlocução com crianças e adolescentes seja efetiva, é fundamental eles sejam considerados como sujeitos de direito ativos no seu processo de cuidado (CORIOLANO-MARINUS, 2014).

Os profissionais em suas narrativas indicaram também as peculiaridades do processo de comunicação com crianças e com adolescentes, como característica relevante na comunicação em saúde da criança e do adolescente, ao reconhecerem que muitas vezes aos mesmos são ofertadas uma assistência formalizada nos moldes do público adulto. Em estudo realizado por Lira et al. (2015) sobre o atendimento em ambulatórios de pediatria de um hospital, evidenciou que a atenção dispensada pelo médico ao paciente e a família, como também a utilização de uma linguagem adequada a este binômio, foram levantados como aspectos positivos no atendimento.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelece em seu capítulo terceiro que a criança e o adolescente têm direito a liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas

humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais. Determina ainda que o direito à liberdade compreende também a opinião e a expressão. Então, desconsiderar a criança e/ou adolescente como sujeitos ativos na sua linha de cuidado é ignorar o seu direito enquanto cidadão (BRASIL, 2017c).

Os entrevistados verbalizaram ser essencial a interação com a escuta as crianças, adolescentes e família como elementos norteadores das práticas de saúde, valorizando assim as falas dos usuários. A categoria profissional dos psicólogos em relação as outras profissões, destacou-se quanto ao processo de comunicação ao revelar que utilizam uma linguagem apropriada ao público, agregando uma abordagem lúdica através de jogos, brincadeiras, desenhos ou pinturas como forma introduzir uma aproximação com a criança e com o adolescente.

Em contrapartida, esta prática não foi privilegiada em todos os momentos, pois o discurso das crianças e dos adolescentes foi desvalorizado por alguns profissionais em suas narrativas, deixando clara a invisibilização da criança e do adolescente no processo de cuidado, desconstruindo falas que buscavam reproduzir o conhecimento estabelecido pelos pressupostos teóricos, entretanto que demarcam uma lacuna com o contexto da prática profissional.

Ao refletir os significados apresentados pelos entrevistados a respeito do processo de comunicação, observa-se que em momentos pontuais os profissionais situam a criança e o adolescente em uma posição secundária durante este processo. Sendo assim, as crianças e os adolescentes individualizados nesta interlocução, de maneira que os profissionais estabelecem um diálogo apenas com o adulto cuidador durante o atendimento. Paralelamente, Foucault, ao tratar sobre o discurso, diz que este pode ser utilizado como aparelho de separação e rejeição, pois o discurso está atrelado à escuta que é exercida sob a manutenção da censura. No discurso, como procedimento de exclusão, o indivíduo pode se manifestar, mas as palavras proferidas por ele podem ser por outras pessoas consideradas nulas ou simplesmente não serem acolhidas (FOUCAULT, 2013b).

Em relação à dimensão multidisciplinar na atenção à saúde em hanseníase foram apresentadas limitações da prática em referência a algumas categorias profissionais, como dermatologista, psicólogo e assistente social. Observou-se que o profissional dermatologista, que atua nas policlínicas, é muito requisitado no atendimento a criança e ao adolescente, em razão de ser ele quem realiza a maioria dos diagnósticos de hanseníase nesta faixa de idade, o

que evidencia o despreparo ou a insegurança dos profissionais que atuam nas USF. Alguns profissionais das USF apontaram a demora na marcação da consulta com esse especialista, sendo necessário o profissional se utilizar de artifícios que vão além da sua prática profissional para agendar uma consulta para o paciente. Não obstante, outras unidades apontaram a ausência do profissional psicólogo e assistente social, que deveriam compor a equipe multidisciplinar no cuidado a esse grupo populacional. O desfalque da equipe multidisciplinar em relação ao profissional psicólogo, aponta o desmerecimento das questões emocionais da criança e do adolescente com hanseníase, sendo colocadas em segundo plano pela gestão do serviço.

A compreensão do sofrimento psíquico de uma pessoa assim como o seu acolhimento, perpassa por um conjunto de saberes e competências, que o torna parte integrante do cuidado em saúde não sendo específico a nenhuma categoria profissional (MOREIRA, TORRENTÉ, JUCÁ, 2018). Entretanto, o cuidado referente à saúde mental das crianças e adolescentes em tratamento de hanseníase, assim como a de seus familiares não foi evidenciado nos discursos dos profissionais, com exceção do psicólogo. O profissional de saúde mental até pelo seu processo de formação profissional, desenvolve uma habilidade maior ao diálogo e a escuta, o que coloca essa categoria profissional à frente das outras em relação a atenção psicossocial. Os discursos dos profissionais psicólogo e terapeuta ocupacional neste estudo, reportam uma visão mais humanística e dialógica no cuidado à criança e ao adolescente menor de 15 anos com hanseníase.

A existência de uma equipe multidisciplinar é fundamental no atendimento em hanseníase, tendo em vista a importância da assistência integral ser capaz de desvelar as relações intrínsecas do acometimento pela hanseníase com as situações de estigma, preconceitos e condições sociais, que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento integral das crianças e adolescentes. A composição de uma equipe multiprofissional gera um ambiente propício ao aprofundamento de saberes e práticas de saúde, favorecendo uma atenção primária a saúde interdisciplinar ao paciente e família (SOUSA, SILVA, XAVIER, 2017).

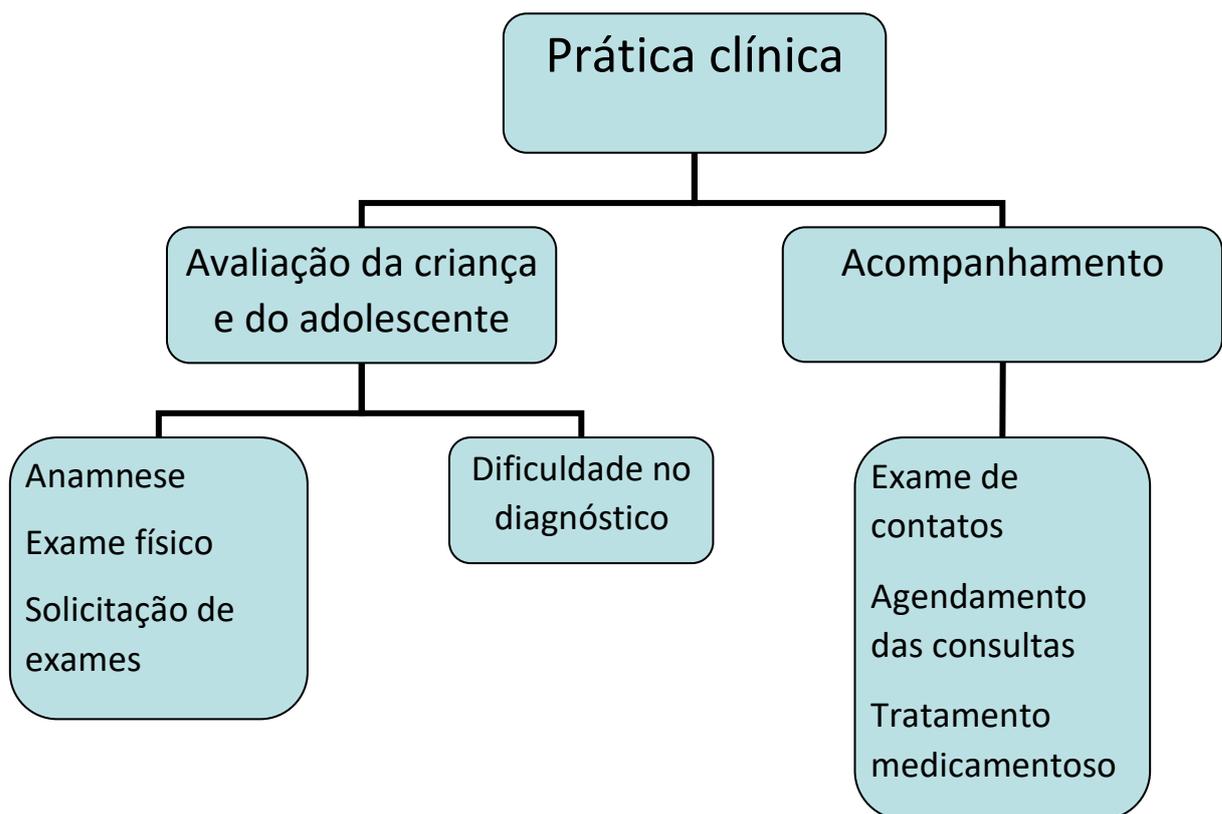
5.3 Prática Clínica

Esta categoria do estudo refere-se à investigação dos aspectos relativos à prática clínica que embasam a atuação da equipe multiprofissional considerando as especificidades de

cada profissão, que instrumentaliza a realização da consulta a crianças e aos adolescentes com hanseníase. Os entrevistados delinearam suas falas de acordo com suas vivências individuais, ou compartilhadas com a equipe, segundo as especificidades de cada categoria profissional.

Alguns participantes em seus discursos sobre as práticas clínicas, destacaram uma distinção entre a consulta inicial com avaliação do paciente, para definição do diagnóstico e tratamento e as consultas mensais posteriores para acompanhamento do tratamento, por no mínimo seis meses ou um ano, até a alta. Ao considerar as especificidades das crianças e adolescentes, os profissionais enfatizaram uma maior dificuldade para definir o diagnóstico com base na realização do exame dermatoneurológico. Em relação às consultas de retorno, foi sinalizada a necessidade de sensibilizar os familiares para assegurar o exame dos contatos e retornar ao serviço, caso a criança ou adolescente apresente qualquer alteração que não tenha sido previamente informada. As atividades que alicerçam a prática clínica para os profissionais entrevistados concorreram para a elaboração da figura 6 a seguir:

Figura 6 – Núcleos temáticos da prática clínica



De acordo com o exposto, dentre as ideias referentes a prática clínica uma delas é a avaliação da criança e do adolescente, onde a maioria dos participantes associa com a anamnese e / ou exame físico detalhado. Na prática clínica, é primordial uma avaliação do usuário, que envolve o processo inicial em uma consulta, quando o profissional vai apreender dados relatados pelo familiar e adolescente ou criança, como também vai proceder ao exame dermatoneurológico.

M5 – F30: Primeiro a anamnese, a gente vai querer saber qual a história, porque o paciente veio, porque está aqui, o que que aconteceu e no exame físico a gente vai procurar alguma lesão de pele, uma manchinha e aí faz os testes de sensibilidade. Geralmente eu faço o teste de sensibilidade com tato, dor e temperatura.

M4 – F36: A primeira coisa que a gente vai fazer é ver a sensibilidade da mancha, eu faço o exame de sensibilidade e o exame dermat da pele.

TO1 – F48: Inicialmente eu vejo essa parte de avaliação ocupacional e social, porque isso tem tudo a ver com as minhas práticas, posteriormente tem uma anamnese e depois o que nos diz respeito propriamente dito com relação ao que o ministério da saúde preconiza que é para a gente fazer na área de reabilitação.

A solicitação de exames laboratoriais também foi destacada, como procedimento inerente a prática clínica, pois como medida complementar é essencial para avaliar as funções orgânicas e possíveis adequações na terapêutica medicamentosa.

E7 – F37: a gente já pede a função hepática desse paciente, hemograma, exames de urina, a gente geralmente já começa o tratamento com antiparasitário, tudo isso.

M7 – F35: Já sai com os exames de rotina, então o inicial a gente pede glicemia, hemograma, porque normalmente a dapsona pode fazer anemias, e a gente vai pedir os outros exames, a parte de bioquímica, bilirrubina, TGO, TGP, função hepática, G6PD, coagulograma. Faz a medicação e o albendazol para a profilaxia de strongilóides.

Outra questão abordada entre os participantes foi no tocante ao processo de investigação da doença. Foram relatadas dificuldades em definir o diagnóstico de hanseníase

em crianças pela maioria dos profissionais das unidades de saúde da família e por este motivo encaminham os pacientes para as unidades de referência.

E3 – F46: Com a criança, eu não tenho essa habilidade ainda porque eu não consigo fazer o grau de incapacidades com eles, até o exame de pele é difícil na criança, ela nem sempre é precisa e você fica na dúvida, acaba encaminhando para a médica e esperando diagnóstico da dermatologista mesmo.

E7 – F37: [...]às vezes tem dificuldade nas respostas, principalmente crianças, então, quando tem criança geralmente a gente encaminha para a referência, porque não é tão simples fechar um diagnóstico de uma criança. Eles se confundem nas respostas da sensibilidade [...]

M7 – F35: chegou uma criança com lesões de pele, uma criança que tinha mais ou menos 2 para 3 anos, só que era muito difícil fazer a avaliação, [...]então a gente encaminhou para a hansenóloga. [...]O diagnóstico da criança é bem mais difícil.

Outro enfoque abordado pelos profissionais entrevistados em relação as suas práticas clínicas, foi no tocante ao acompanhamento do paciente durante o tratamento da doença. Eles referiram à importância de manter um seguimento periódico desse paciente no ambulatório.

E4 – F43: [...]a gente tem que dar mais uma atenção na visita, o pessoal (equipe) vai em casa saber se realmente foi fazer direitinho os exames necessários, e aí a gente acompanha mais de perto o tratamento para ver se está tendo algum efeito colateral ou alguma coisa na criança.

F2 – F47: [...]ele é acompanhado no mínimo mensalmente. Toda vez que ele vier buscar a medicação ou mesmo se ele não pegar a medicação aqui, for pegar no PSF, mas pelo menos ele deve ter o contato de uma vez por mês aqui na fisioterapia e na terapia ocupacional.

Outro ponto abordado entre os entrevistados foi o exame dos contatos. Muitos profissionais apresentaram dificuldades em examinar as pessoas que tem contato com a criança ou com o adolescente em tratamento para investigar a existência de outros casos da doença.

E3 – F46: Eu acho que a minha maior dificuldade é fazer exames de contato. Um paciente eu consegui ir na casa dele e fiz o exame de contato,

porque na unidade eles não vinham[...]O outro paciente eu não consegui fazer de nenhum ainda porque até a mãe dele que veio trazer no dia, ela não me deixou fazer o exame.

Em seus discursos os participantes apontaram como uma potencialidade da prática clínica o tratamento medicamentoso.

M9 – M62: A facilidade é você ter o medicamento. Você não precisa comprar, você não precisa do salário, não precisa para entregar, não precisa nada, você tem o medicamento disponível para você.

M4 – F36: A medicação chega bem rápido, não tenho problema, quando solicitar em 24 horas ela vai chegar e eu vou iniciar.

A prática clínica quando aplicada no contexto da Atenção Primária à Saúde, pode ser compreendida como uma atividade que envolve vários processos e ações articulados que resultam no cuidado integral ao usuário. Ela envolve a gestão do processo clínico individual, que é baseada na abordagem clínica individual do paciente; a gestão do processo familiar, que inclui a abordagem familiar e a gestão da prática clínica, que diz respeito às ações organizacionais dos cuidados às pessoas e as famílias. (RAMOS apud COSTA, COUTO, SILVA, 2015).

A nomenclatura clínica é utilizada por Foucault (2015) ao discorrer sobre a prática clínica, como um elemento de acumulação positiva do saber médico. O referido filósofo ainda afirma, que a clínica assume um papel dinâmico dentro da medicina, pois através do olhar constante e atento sobre o doente ela se renova a cada instante. Assim, vai sendo construída sua história continuamente, o que resulta na construção paulatina da experiência e esta, por sua vez, é uma maneira de expor a verdade sobre a doença.

O profissional no exercício da clínica é instrumentalizado para desvelar a verdade em seu sentido original, entretanto esta prática precisa ser sistematizada em todo seu desfecho, desde o início do encontro do profissional com o paciente, perpassando pelo aconselhamento, apreensão da história clínica, exame do paciente, seguindo sistematizada e organizada até o final do encontro. Neste sentido, Foucault aponta a clínica como elemento fundamental e valioso na medicina, mas não o único (FOUCAULT, 2015).

Conforme observado ao longo dos discursos, a prática clínica perpassa por diversos aspectos na assistência prestada ao usuário, como avaliação e acompanhamento do paciente,

solicitação de exames periódicos, exame dos contatos, definição do diagnóstico e dispensação de medicação. Essas ações são orientadas seguindo uma padronização documentada pelas autoridades em saúde internacionais, nacionais e regionais.

Os manuais e protocolos desenvolvidos pelas autoridades da saúde têm como objetivo auxiliar os profissionais de saúde principalmente no âmbito da atenção básica ou em outros níveis de atenção, na abordagem em hanseníase. Segundo Brasil (2017a), o guia prático em hanseníase trás de forma clara o manejo da doença, como realizar o diagnóstico de casos novos, tratamento dos pacientes, orientação aos pacientes diagnosticados que estão em tratamento, assim como o seu acompanhamento. O referido guia prático traz ainda, o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (PCID<15), que deve ser preenchido pelo profissional e anexado ao prontuário do paciente em casos suspeitos de hanseníase em crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade. O PCID<15 agrega os dados clínicos do paciente em relação à doença.

Diante de todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, a consulta clínica configura-se como um espaço apropriado para o desenvolvimento de sua prática, que proporciona uma maior interação entre o profissional, a criança ou o adolescente menor de 15 anos e a família/cuidador. Desse modo, é oportunizado ao profissional conhecer as demandas do indivíduo, avaliar suas condições de saúde, de modo a aplicar suas práticas de acordo com as necessidades e prestar o cuidado necessário (LURATI, 2017; KAHL, 2018).

Foucault (2015), em *o nascimento da clínica*, traz a importância do profissional dominar as características biológicas da doença, como também não se restringir a elas. Para Foucault, o profissional só consegue ampliar o seu conhecimento em saúde se ele for além da doença, por meio da investigação do que está por trás dela, para assim compreender o paciente como um todo, de acordo com o contexto social em que ele está inserido.

A avaliação da criança e do adolescente através da anamnese e exame físico, assim como a solicitação de exames, descrito pelos entrevistados, corrobora com o estudo realizado por Leite e Caldeira (2015), onde foi constatado que essas práticas além de promover a saúde e prevenir doenças, conjuntamente auxilia no conhecimento das características clínicas, sociodemográficas e culturais dos pacientes.

Ao discutir sobre o acompanhamento das crianças e adolescentes com hanseníase, os entrevistados apontaram o exame dos contatos e ainda o diagnóstico como limitações

apresentadas em suas práticas. O exame dos contatos sejam eles domiciliares ou sociais, objetiva quebrar a cadeia de transmissão da doença, como também evitar as incapacidades e deformidades físicas decorrentes do diagnóstico tardio. Além disso, o exame se propõe também a buscar as possíveis fontes de infecção da doença para assim realizar o acompanhamento adequado (BRASIL 2017a).

Santos et al (2015) em seu estudo realizado em um município do nordeste brasileiro, mostra a importância da investigação dos contatos no acompanhamento de crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase. A pesquisa supracitada aponta que o risco de transmissão da hanseníase em crianças e adolescentes menores de 15 anos através dos contatos não domiciliares é quatro vezes maior e em relação aos contatos domiciliares esse risco sobre para nove vezes.

Desse modo, é possível observar a necessidade de uma atenção especial ao exame dos contatos dos pacientes com hanseníase, considerando este como um importante instrumento epidemiológico no controle da doença e diagnóstico de casos novos. Em seus discursos os entrevistados demonstram ter consciência sobre a importância do exame dos contatos, a partir do momento que eles verbalizam que existe essa dificuldade e tentam minimizar essa situação se deslocando até a casa da criança ou do adolescente para realizar o exame.

Foucault em sua analítica, introduz que o poder assume significados variados, não podendo ser interpretado apenas como um poder coercitivo, verticalizado ou no sentido de “força” ou “dominação”. Ao longo de seu trabalho ele analisa as formas produtivas de poder e para tanto, é preciso analisar o poder dentro do seu quadro concreto e histórico de sua operação. Para ele o poder não exclui as possibilidades de liberdade, pelo contrário, o poder e a liberdade mutuamente produzem efeitos construtivos (TAYLOR, 2018; FOUCAULT, 2016).

Em analogia, o entrevistado ao externar em sua fala que os contatos não comparecem na unidade para realizar o exame, ele poderia se utilizar em um primeiro momento de um poder disciplinar, enquanto profissional do serviço, e afirmar que o exame apenas poderia ser realizado na unidade de saúde e assim, manipular os pacientes de modo que eles fizessem o que foi solicitado por ele. Contudo, o profissional após o não comparecimento dos pacientes, que estavam livres para decidir se compareciam ou não, o profissional se deslocou até suas residências para realizar o exame.

Um outro quesito presente nos discursos da maioria dos participantes tanto das USF como das unidades de referência, diz respeito a dificuldade de realizar o diagnóstico em crianças. Os profissionais apresentam essa limitação sustentando-se no fato de a criança não conseguir se expressar verbalmente de maneira precisa em relação aos exames clínicos realizados na investigação da hanseníase.

Corroborando com o estudo realizado por Barreto et al. (2017), a palpação de nervos periféricos é apontada como um dos problemas na identificação da doença hanseníase, especialmente em crianças. Outro problema identificado no estudo como limitação no diagnóstico, foi a realização dos testes de sensibilidade em crianças, fato também apontado pelos profissionais desta pesquisa.

O tratamento medicamentoso da hanseníase foi um ponto positivo abordado por grande parte dos participantes da pesquisa. Em seus discursos eles relatam não terem problemas com a oferta gratuita das medicações e que o programa de hanseníase é bem assistido neste sentido por parte da gestão em saúde. Embora a terapêutica medicamentosa não se constitua como um atrativo para investimentos em pesquisa pela indústria farmacêutica. Nessa perspectiva, estudo realizado na Plataforma Internacional de Registros de Ensaios Clínicos da OMS para avaliar a atividade de pesquisa sobre doenças tropicais negligenciadas, comprovou a necessidade de fomento à pesquisa quanto ao tratamento medicamentoso das doenças tropicais negligenciadas com altas cargas da doença e opções limitadas de tratamento (REES et. al., 2019).

5.4 Educação em saúde

No contexto das práticas de atenção à saúde em hanseníase para crianças e adolescentes, a próxima categoria destaca-se pela associação que os profissionais tentaram estabelecer entre essas práticas e a realização ou não de atividades de educação em saúde voltada para o cuidado de crianças e adolescentes menores de 15 anos com hanseníase.

Os discursos dos participantes do estudo demonstram que as atividades de educação em saúde são desenvolvidas em eventos pontuais específicos para hanseníase.

E7 – F37: é sempre que a gente tem a oportunidade de estar com a comunidade em algum evento de Hanseníase, é mais nesses momentos comemorativos.

M5 – F30: Só desenvolve (atividade de educação em saúde) quando tem campanha que geralmente o distrito faz a semana ou o mês de alguma coisa aí a gente faz palestra, conversa, enfim... Atividade regular não tem.

Alguns participantes citaram que não aconteciam atividades de educação em saúde em hanseníase para crianças e adolescentes em específico, mas que as atividades aconteciam genericamente para quem estivesse na sala de espera aguardando atendimento independente da faixa etária.

E1 – F39: Específico para criança e adolescente não tem, a gente faz na sala de espera, quem estiver ali vai ouvir.

F2 – F47: [...] atualmente a única parte de educação em saúde que está sendo feita é durante a consulta, a orientação para os pais ou para o acompanhante da criança.

E8 – F56: A única coisa de educação em saúde que eu faço é aqui para o público na sala de espera, eu dou uma explicação de no máximo 15 minutos, mas assim para todo o público, não tem específico para menor de 15 anos.

Um dos motivos que os profissionais relatam para a não realização das atividades de educação em saúde é que as unidades não têm estrutura física para realizar atividades de educação em saúde.

M8 – F67: a gente hoje tem um posto que não tem condições para isso, a estrutura dele não permite.

M4 – F36: Aqui a gente tem muita dificuldade para fazer essas atividades por conta do espaço. [...] a recepção hoje estava lotada, você parar para fazer uma apresentação ali é complicado.

Ao discorrerem a respeito de suas atividades educativas, foi possível observar que os entrevistados as realizam ao encontrar com a criança e/ou adolescente e família ou cuidador durante as consultas. As observações sistemáticas confirmaram o exercício dessas atividades educativas durante a consulta por parte dos profissionais, através de orientações sobre a doença, autocuidado, tratamento.

E6 – F48: Conversar com o paciente direitinho, explicar o tratamento, mostrar as medicações, a importância do tratamento, a importância de ele trazer os contatos [...]

E7 – F37: A gente explica também o autocuidado para evitar incapacidades, a importância do cuidado com os pés. Quando a gente na admissão avalia o pé já olha as calosidades, orienta esse cuidado que tem que ter com os calos, com os calçados.

M4 – F36: a maioria nem conhece direito o que é a doença [...] geralmente a gente passa mais tempo explicando a doença, que o acometimento apesar de você estar vendo aquela manchinha ali na pele o problema maior é o acometimento neural.

Na narrativa dos entrevistados ao realizar as orientações às crianças e/ou adolescentes e aos familiares em relação a hanseníase, pode-se constatar que em alguns momentos elas foram utilizadas no sentido de desmistificar a doença.

M2 – F45: [...]a gente começa a explicar aquela mancha, e depois a gente faz os testes [...] se a gente observa que já está perdendo essa sensibilidade, eu começo a falar contando a história[...]existe muito tabu, muito preconceito ainda com relação à hanseníase por conta daquela história da doença da lepra, então existe um preconceito social em cima disso. A gente procura deixar uma coisa mais leve mostrando que tem cura[...]

Em alguns discursos foi relatado que as atividades educativas não se restringiram apenas as unidades de saúde. Foram estabelecidas parcerias com outros serviços além da saúde, como as escolas localizadas nos arredores dos bairros ou centros comunitários para desempenhar as atividades educativas.

P1 – F51: Tem também um momento que a gente faz muito que é nas escolas com os alunos no PSE, a gente vai e faz toda aquela orientação, faz os exames direitinho.

P2 – F49: A gente também vê as escolas como espaço de conversar sobre isso, de trabalhar. Tem o PSE que é o programa saúde na escola. Ontem mesmo a ação foi no COMPAZ.

Em relação às parcerias firmadas entre as unidades de saúde e outros serviços, em apenas uma unidade de saúde foi relatado pelos profissionais existir parceria com o ambiente acadêmico, o que resultou na efetivação de um grupo de autocuidado. No entanto, os participantes declaram não existir, no momento da entrevista, a participação de crianças e adolescentes no grupo.

F2 – F47: a gente tem o grupo de autocuidado, que é uma educação em saúde, sendo que a gente não tem nenhum pai ou mãe de criança que tenha hanseníase que esteja no grupo.

TO1 – F48: a gente tem mensalmente um grupo de autocuidado, que é um grupo da Universidade. O foco do grupo é ser informativo, preventivo, orientador.

Michel Foucault em sua trajetória analítica das relações de poder, traça um paralelo entre poder e saber. O referido filósofo ao introduzir o seu pensamento sobre as relações implicadas por esse composto poder/saber, qualifica os termos nos moldes de suas essências. Para ele o termo “poder” é um termo complexo que deve ser concebido dentro de suas múltiplas formas de aplicação, não se reduzindo a sua forma monárquica, como algo em que os indivíduos possam exercer uns sobre os outros com a ideia de dominação. Ao mesmo tempo, em que essa multiplicidade não seja julgada apenas sob os seus efeitos positivos ou negativos, mas sim produtivos, por intermédio da cultura e dos costumes das instituições e dos indivíduos que se utilizam dele (FOUCAULT, 2016).

Nesse contexto, Foucault faz uma análise, porque não dizer, genealógica do conhecimento em uma investigação histórica de suas possibilidades. Ao trazer esse diálogo entre poder e o saber para o campo da saúde, Foucault faz uma análise da contribuição desse conhecimento para a organização da medicina moderna, incluindo suas práticas. Em seu pensamento ele valoriza o conhecimento como o caminho para a revelação da verdade, e que esse conhecimento terá o seu caráter produtivo reconhecido como verdadeiro, a partir do momento em que ele é desempenhado na dimensão de liberdade:

Uma distinção importante entre “os conhecimentos indispensáveis para o cidadão”, e sem os quais ele não pode se tornar um homem livre – o Estado lhe deve esta instrução, como lhe deve a própria

liberdade -, e “os conhecimentos necessários à sociedade”: o Estado deve favorece-los, mas não pode organizá-los, nem controlá-los como os primeiros; eles servem à coletividade (FOUCAULT, 2015, p.54).

Em sua análise arqueológica do poder/saber, Foucault ainda acrescenta que a medicina, faz parte desses conhecimentos, ditos por ele, como indispensáveis e necessários à sociedade. Ao elucidar historicamente as primeiras universidades de medicina do século XVIII na França, este filósofo, coloca a existência da valorização do conhecimento na área médica, fazendo menção ao ensino com o significado de expressão livre seja em sua atividade ou na procura (FOUCAULT, 2015).

Neste sentido, tomando o conhecimento como parte constitutiva das atividades em saúde, pode-se falar em educação em saúde. A educação em saúde tem como uma de suas bases, ser compreendida como uma prática social, na qual o processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir de sua realidade, estimulando a busca de soluções e organização de ações no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 2007a).

Para Edgar Morin (2011) o processo de educação parte do princípio de que o conhecimento é pertinente, contínuo e para tanto deve ser considerado o contexto das informações de modo que elas façam sentido ao serem transmitidas, como também o seu caráter multidimensional e a sua complexidade. A multidimensionalidade e a complexidade caminham juntas, pois significa considerar o ser humano em sua totalidade como sendo, ao mesmo tempo, um ser biológico, psíquico, social, afetivo e racional, inserido em uma sociedade com suas dimensões, sejam elas econômicas, históricas, religiosas ou sociológicas.

A educação em saúde enquanto prática político pedagógica e social dentro da esfera das práticas de atenção à saúde, é um processo sistemático e contínuo que parte do princípio da promoção à saúde, que requer um pensar reflexivo. De modo a mostrar a realidade, propiciando a elaboração de ações transformadoras que levem a pessoa à sua autonomia e emancipação, como também uma maior participação no seu processo de cuidado. Essa interpretação de educação em saúde, considera o indivíduo como sujeito social, capaz de opinar nas decisões sobre a sua saúde para cuidar de si (MONTEIRO et al, 2015).

Em estudo realizado na Irlanda foi comprovada a importância da participação dos usuários nas atividades de saúde desenvolvidas pela atenção primária. Este tipo de

envolvimento estimula a participação do paciente nas tomadas de decisão, no cuidado com o corpo, assim como a modificação de estilo de vida (TIERNEY et al., 2014). As atividades educativas configuram-se como elemento capaz de proporcionar um maior engajamento do paciente com a saúde seja ela individual ou coletiva e quando orientadas para o público infantil ou adolescente, é imprescindível a estimulação da criatividade desses sujeitos na realização deste tipo de atividade.

Para subsidiar o processo educativo em saúde envolvendo crianças e adolescentes encontramos referenciais teórico metodológicos que subsidiam propostas voltadas a esse público, como Vygotsky, estimulando o emprego de técnicas lúdicas, como brincadeiras e jogos que estimulam a fantasia e propiciam uma articulação com a realidade, motivando e envolvendo participativo da criança, mas também pode ser explorada com abordagens de maior complexidade para os adolescentes (VYGOTSKY, 2007).

As práticas educativas em saúde partem do princípio de respeito ao universo cultural dos indivíduos, em respeito as formas de organização da comunidade considerando as pessoas de acordo com sua faixa de idade, crenças, valores e conhecimentos. Desse modo, podemos dizer que a prática educativa é inerente as atividades do trabalho em saúde. No entanto, por vezes são relegadas a um segundo plano dentro do planejamento das ações de cuidado (FALKENBERG, 2014).

Em análise aos discursos dos participantes observa-se que não há atividades de educação em saúde, nas USF ou nas unidades de referência, direcionadas às crianças e aos adolescentes em tratamento de hanseníase como também aos seus familiares. Essa atitude reforça o isolamento reprimindo possibilidades de construção pactuada no coletivo, de modos de identificação e enfrentamento a fatores limitantes a promoção da saúde, que é resultante de uma produção social. Os participantes relataram, em sua maioria, que as atividades educativas para a hanseníase acontecem no mês comemorativo da doença, por meio de palestras e orientações.

O Ministério da Saúde do Brasil, oficializou o mês de janeiro e consolidou a cor roxa para campanhas educativas referentes à hanseníase. O “Janeiro Roxo”, é uma campanha de conscientização sobre a doença que acontece em nível nacional nos vários segmentos da saúde, principalmente na atenção primária (PERNAMBUCO, 2015). Esse período de campanha, configura-se como um disparador para a percepção da hanseníase enquanto problema de saúde pública nacional e local, entretanto as ações educativas não podem ser restritas a esse momento do ano, é necessário um desencadeamento continuado dessas

atividades educativas sobre o tema em articulação com as ações de vigilância e detecção precoce de novos casos.

Estratégias de educação em saúde desenvolvidas com o público infantil e adolescente, exigem uma reflexão no intuito de serem orientadas conforme as necessidades da faixa etária, considerando seus aspectos sócio cognitivos, para assim produzirem efeitos positivos no processo de cuidado. Em estudo realizado por Farre et al (2017), foi verificado que uma atividade de arte/educação no contexto da promoção da saúde desenvolvida com adolescentes em situação de vulnerabilidade, foi capaz de despertar o interesse e a participação dos mesmos pelo processo educativo, gerando assim, um maior envolvimento e contribuição do adolescente no seu cuidado.

Educação para a saúde é um termo que remete a ideia verticalizada de execução das práticas de educativas. Esse formato é como se o profissional de saúde, detentor do saber, devesse ensinar a uma população leiga, como agir de modo a melhorar a sua qualidade de vida e de sua coletividade (FALKENBERG, 2014). Silva et al. (2018) evidencia em seu estudo a necessidade de implantação de atividades de educação em saúde de modo a suplantarem o modelo tradicional de simples transmissão de conteúdo não envolvendo ações educativas sistematizadas com a valorização do indivíduo no seu cuidado. Neste sentido, é possível observar que as orientações sobre a hanseníase realizadas durante a consulta de crianças e adolescentes são exercidas baseadas no modelo tradicional.

Em analogia ao pensamento foucaultiano, esse tipo de prática perpassa pela ideia do exercício de um poder denso, onde o saber não é praticado em seu sentido de liberdade. O exercício de uma educação em saúde comprometida com o sentido de liberdade está fundamentado no desenvolvimento de ações de educação em saúde que articule arenas dialógicas para o processo ensino aprendizagem sobre hanseníase, comprometidas com o protagonismo da criança e do adolescente como sujeitos de direitos (FOUCAULT, 2016).

Os discursos mostram que as orientações realizadas pelos profissionais para as crianças e os adolescentes em tratamento de hanseníase e seus familiares durante a consulta percorrem os vários momentos do plano de cuidado na atenção primária à saúde. Observa-se que os profissionais orientam sobre o acometimento da doença no paciente, a importância do tratamento medicamentoso, autocuidado e exames dos contatos. Ao confrontar as informações trazidas nos discursos dos participantes com os conteúdos das observações sistemáticas, foi possível além de confirmar os discursos, constatar como potencialidade, que o profissional

interage com a criança/adolescente e família, respeitando faixa etária da criança e do adolescente ao utilizar uma linguagem adequada para idade e de fácil entendimento tanto para o paciente quanto para o familiar/cuidador. No entanto é revelado através dos discursos dos profissionais um hiato entre os princípios teóricos do processo de educação em saúde com crianças e adolescentes e a não efetivação de atividades educativas em hanseníase com a população em estudo. O desenvolvimento das atividades em saúde sob o modelo tecnicista que valoriza a doença em detrimento da saúde do indivíduo em seu sentido amplo, contribui com a privação de possibilidades em construir uma relação de confiança entre o profissional e a criança e o adolescente a partir da valorização das subjetividades que envolve o cuidado em saúde.

A hanseníase é uma doença que ao atingir crianças e adolescentes, a adesão da família ou cuidador passa a contribuir significativamente para o sucesso do tratamento. Neste sentido, a criança e o adolescente, assim como a família/cuidador precisam estar esclarecidos sobre a doença, tratamento e as práticas de cuidado. Vaisbisch et al (2018) em seu estudo mostra a importância da comunicação entre profissional-paciente-família durante a consulta, valorizando as orientações fornecidas pela equipe multiprofissional como parte integrante do cuidado.

Um outro aspecto importante nos discursos dos entrevistados, é que as orientações fornecidas nas consultas também são utilizadas como forma de desmistificar a doença. Os profissionais revelam em seus discursos, a importância de levantar essa temática em seus aconselhamentos, afirmando que a hanseníase é uma doença onde a estigmatização social está enraizada na sua história.

Segundo Foucault (2014) uma das formas de exercício do poder é sob forma de repressão, onde essa repressão está ligada ao desconhecimento. Esse poder repressor é mais eficiente quanto maior for a ignorância. Em relação a essa ideia de exclusão, Foucault faz uma analogia aos leprosos na idade média:

A exclusão da lepra era uma prática social que comportava primeiro uma divisão rigorosa, um distanciamento, uma regra de não contato entre um indivíduo (ou um grupo de indivíduos) e outro. Era de um lado, a rejeição desses indivíduos num mundo exterior, confuso, fora dos muros da cidade, fora dos limites da comunidade (FOUCAULT, 2014, p. 37).

Foucault ainda acrescenta que o indivíduo doente, era sujeito a práticas de rejeição, de desqualificação e ao que se pode traduzir hoje como marginalização. Para ele essa forma de poder, não era exercida apenas com os indivíduos leprosos, mas sim com os indivíduos chamados por eles de “anormais”, como os loucos, as crianças, os criminosos, os doentes, os pobres (FOUCAULT, 2014).

Esse modelo de exclusão abordado por Foucault, atualmente traduzido como estigma ou preconceito, marcou o início da história da hanseníase que até hoje ainda é permeada por esse tipo de pensamento. Por esse motivo, o diagnóstico geralmente causa algum tipo de impacto na criança, adolescente e/ou família. Em crianças e adolescentes esse impacto se configura de diferentes maneiras. Na criança vai depender do nível de desenvolvimento sócio cognitivo, no entanto, para o adolescente esse impacto pode ser maior, pois esta é uma fase de profundas modificações em que a identidade do adolescente está em processo de construção (SOUZA, SANTOS, 2015).

Naaz et al. (2018) apresenta em seu estudo que um dos maiores desafios para a eliminação da hanseníase é o preconceito que acompanha a doença. O estigma está relacionado com a percepção das deformidades, causando medo nos indivíduos, no entanto uma das maiores causas do medo e do preconceito é a falta de informações precisas sobre a doença. O trabalho de educação em saúde envolvendo os grupos sociais, mostra-se como uma estratégia essencial na quebra do estigma (NAAZ et al., 2018).

A disseminação do conhecimento através de atividades de educação em saúde em hanseníase voltada para crianças e adolescentes, oportuniza o empoderamento dos pacientes e família, como também proporciona o enfrentamento do preconceito por meio de um olhar humanizado do cuidado. O desenvolvimento de atividades de educação em saúde favorece ainda a quebra do estigma não apenas entre os indivíduos acometidos pela doença, mas também de maneira coletiva na comunidade onde é realizada (XAVIER et al, 2018).

Um estudo realizado por Monteiro et al. (2015), aponta que a escola se mostra como um cenário favorável para o desenvolvimento de ações educativas para crianças e adolescentes. A escola é um espaço estratégico para a interlocução entre o setor saúde e educação, ao favorecer a articulação de práticas educativas contextualizadas e criativas em saúde, voltadas as crianças e adolescentes escolares sobre hanseníase.

No desenvolvimento de práticas educativas com crianças e adolescentes, é primordial considerar as características inerentes a faixa de idade em relação ao crescimento,

desenvolvimento físico, psicoemocional, social e cultural. Assim, a utilização de atividades lúdicas que contemplem esse cenário, estimula a motivação, a busca por conhecimento, reflexões sobre os temas abordados e postura de compromisso, além de oportunizar ao profissional conhecer as reais necessidades apresentadas por esse público (MONTEIRO et al, 2015).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da saúde e da educação voltadas para crianças, adolescentes, jovens e adultos do ensino básico em território nacional. Este programa tem por objetivo fomentar ações de educação em saúde que promovam o crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. O PSE visa o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde que venham a comprometer não apenas o desenvolvimento escolar, mas também que possam comprometer a promoção do desenvolvimento biopsicossocial e cultural de escolares, através da articulação entre as escolas e o setor saúde (BRASIL, 2007). Os discursos dos entrevistados mostram de uma forma tímida, a comunicação entre os serviços de saúde e as escolas na efetivação do referido programa, através de ações pontuais que abordam a temática da hanseníase entre crianças e adolescentes menores de 15 anos, reportando a um modelo campanhista.

Os entrevistados de uma determinada unidade de saúde revelam em seus discursos que existe a parceria intersetorial entre o serviço de saúde e o ambiente acadêmico, representado por uma Universidade pública, para o desenvolvimento de atividades educativas, sendo estas executadas por meio de um grupo de autocuidado com os pacientes em tratamento de hanseníase acompanhados no referido serviço. No entanto, os profissionais afirmaram não existir a participação de crianças ou adolescentes e familiares no grupo, sendo desse modo evidenciado o discurso como procedimento de exclusão e separação das crianças e adolescentes do processo educativo em hanseníase. Que conseqüentemente impede a construção de um saber baseado na horizontalidade e inclusão desses sujeitos no seu processo de cuidado (FOUCAULT, 2013b).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou discussões e reflexões a partir dos discursos dos profissionais de equipe multidisciplinar sobre as práticas de atenção à saúde no cuidado aos menores de 15 anos em tratamento de hanseníase convergindo para a compreensão desta prática a partir de três vertentes, como o acolhimento, a prática clínica e ações educativas em saúde, que se complementam na perspectiva de uma atenção integral em diálogo com o cuidado, discurso, poder, liberdade, saber, que embasam o pensamento foucaultiano.

Com o estudo foi possível analisar através dos discursos, que os profissionais realizam suas práticas de atenção à saúde da criança e adolescente com hanseníase de maneira massificada sem o foco nas peculiaridades dessa faixa etária, deixando em segundo plano as subjetividades que permeiam essas práticas e priorizando as atividades protocolares definidas pelo Sistema de Saúde. Desse modo, fica evidenciado o uso da normalização para o controle dos corpos dos indivíduos, o que pode ser observado ainda na pequena participação da criança e do adolescente no seguimento do seu cuidado.

O profissional de saúde em seu saber técnico científico é desafiado a articular saberes pedagógicos necessários para subsidiar ações educativas em saúde que estimulem o protagonismo de crianças e adolescentes na construção de conhecimento individual e coletivo em saúde e cidadania.

Para além da transmissão do saber do profissional de saúde para a criança ou adolescente e familiar, a educação em saúde deve resguardar um cenário libertador que articula os distintos saberes populares e articula ao saber científico em um processo dialógico e reflexivo fomentador de uma percepção crítica e mobilizadora quanto ao processo de adesão para a cura da hanseníase como também para o desenvolvimento de posturas ativas para resguardar condições e atitudes que propiciem ações promotoras de sua saúde e da coletividade.

O processo de acolhimento foi reconhecido pelos profissionais de saúde como elemento norteador para a continuidade e adesão do tratamento. Foi colocado enquanto postura ética adotada pelo profissional que perpassa por todo o acompanhamento do paciente desde a admissão até a alta, sendo necessária uma escuta qualificada das queixas da criança e do adolescente. Para isso, é necessária uma relação de confiança entre o profissional e o usuário, que pode ser estreitada através do vínculo estabelecido no acolhimento.

O acolhimento à criança e ao adolescente com hanseníase acontece ainda durante o momento da consulta, sendo o tempo de consulta um aspecto relevante nesse contexto, pois este relaciona-se com a disponibilidade do profissional em dispender sua atenção para uma escuta qualificada durante o processo de prestação de cuidado. Os desafios vivenciados no cotidiano de trabalhos na atenção à saúde pelos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família e nas policlínicas são identificados por um número elevado de usuários, suscitando que o em decorrência do número elevado de demandas em saúde, o tempo disponibilizado pelos profissionais em alguns momentos chega a ser insuficiente para o atendimento integral às necessidades de saúde da população em questão, reduzindo o atendimento às demandas de saúde a um sentido biologicista, em detrimento de uma assistência de caráter humanizado e holístico. Paralelamente, a maioria dos profissionais reconhecem em seus relatos a necessidade de um tempo maior para o atendimento em hanseníase, fato este que foi confirmado através das observações sistemáticas realizadas durante os atendimentos.

No atendimento a criança e ao adolescente é necessária uma comunicação efetiva com o paciente e família, seja ela uma comunicação verbal ou não verbal considerando o desenvolvimento sócio-cognitivo e psicológico da criança e do adolescente. Neste sentido, poucos profissionais relataram utilizar uma linguagem lúdica na comunicação com a população infantil e adolescente, para o estabelecimento de uma relação segura entre a tríade profissional-paciente-família. A comunicação entre profissional e criança/adolescente, perpassa pela sensibilidade do profissional para uma escuta qualificada de modo a incluí-los na construção do saber. Foi observado que poucos foram os profissionais que reconheceram as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito e valorizaram a sua participação nesse processo, confirmando mais uma vez a utilização do poder como forma de controle dos corpos através do discurso.

Os profissionais demonstraram ter um conhecimento técnico sobre a doença, que foi evidenciado ao relatarem sobre a solicitação de exames, a importância do acompanhamento mensal do paciente e do exame dos contactantes. No entanto, foi possível observar que os discursos convergiam para uma dificuldade em diagnosticar a doença em crianças e adolescentes, sendo assim necessário o encaminhamento dos pacientes para o especialista e por outro lado a marcação de consulta com o dermatologista não foi relatado como um procedimento rápido. A prática clínica na sua essência de acordo com o pensamento foucaultiano, configura-se como elemento de construção positiva do saber, no atendimento em hanseníase essa construção positiva pode ser efetivada através do atendimento multiprofissional em saúde. Ainda em relação à prática clínica, o tratamento medicamentoso

foi apontado pela grande maioria dos profissionais como uma facilidade no tratamento da hanseníase, o que não deixa de ser um aspecto valoroso para a adesão ao tratamento.

A educação em saúde é uma atividade que além de favorecer a aproximação entre profissional e paciente, contribui para a identificação dos reais problemas de uma população e oportuniza o desenvolvimento de práticas em busca da valorização do indivíduo. As atividades educativas para o público infantil e adolescente se configuram como uma estratégia de comunicação oportuna para a contribuição de uma consciência em saúde, estimulando o interesse e a participação desses sujeitos no processo de cuidado. Para tanto, é de fundamental importância considerar fatores como o contexto social, psicológico, crescimento, desenvolvimento cognitivo que as crianças e adolescentes estão inseridos, com a utilização de uma linguagem adequada a faixa de idade, através de jogos e brincadeiras que permitem uma conexão entre o lúdico e a realidade.

Os discursos dos profissionais refletem que as atividades de educação em saúde são desenvolvidas de forma individualizada e restrita por meio de orientações realizadas durante as consultas, sendo mais uma vez evidenciada a utilização da norma como forma de controle das crianças e dos adolescentes, perpassando ainda por um discurso de interdição onde este é proferido por alguém que detém o saber. A construção do saber entre o profissional e o usuário é um processo de construção dialética, que precisa de uma continuidade para ser efetivado, não se restringindo a momentos pontuais como relatado pelos profissionais ao se referirem às campanhas comemorativas da hanseníase. É relatado ainda que as referidas campanhas não são direcionadas para as crianças e adolescentes, o que reitera a invisibilização dessa população nas atividades de educação em saúde, restringindo as possibilidades de produção de conhecimento coletivo orientados na promoção da saúde. Neste sentido, observa-se a necessidade de (re) organização das práticas de atenção à saúde em hanseníase para o público infantil e adolescente, de modo a orientar o desenvolvimento de boas práticas em saúde.

As atividades de educação em saúde como um instrumento de integração entre a criança, adolescente e família e o serviço, configuram-se como uma ferramenta que pode trazer benefícios tanto para os profissionais quanto para a população. Esse tipo de prática educacional quando realizadas com crianças e adolescentes, colabora para um maior envolvimento deles no tratamento, oportuniza a uma maior autonomia, como também podem revelar saberes e percepções dessa faixa de idade em relação ao processo de saúde-doença-cuidado.

Por fim, vale salientar a importância de continuarem as discussões a respeito dessa temática do campo da saúde, pois a reflexão sobre as práticas de atenção à saúde no contexto da hanseníase em crianças e adolescentes fomentam a orientação de boas práticas para o atendimento integral a essa população. Neste sentido, é fundamental o incentivo à realização de outros estudos na área que possam abordar as práticas de atenção à saúde no cuidado aos menores de 15 anos com hanseníase de modo a contemplar novos olhares sobre a temática o que tornaria ainda mais singular a avaliação das práticas de atenção à saúde em hanseníase.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quanto as limitações do estudo, é possível observar que, apesar da pesquisa qualitativa permitir reflexões mais aprofundadas sobre o tema em questão, não foram apreendidos nos discursos, dados que fomentassem uma atuação interdisciplinar na atenção à saúde realizada com crianças e adolescentes e seus familiares. Para o aprofundamento da atuação interdisciplinar seria requerido um trabalho de campo com observação do cotidiano das relações de trabalho centrado em uma única equipe, embora os discursos apontem uma limitação na articulação de saberes centrados no usuário / comunidade. É importante salientar que cada categoria profissional discorre sobre suas práticas de atenção à saúde de acordo com suas vivências, que perpassam pelos diferentes ambientes de trabalho e características profissionais. Outra limitação diz respeito as observações sistemáticas realizadas durante as consultas, que podem ter influenciado o profissional a agir de maneira satisfatória na frente do pesquisador. Por fim, a análise das práticas de atenção à saúde com base apenas nos discursos de profissionais seria uma outra limitação do presente estudo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Nayara Bueno; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 20, n. 57, p. 363-375, 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v.8, n. 14, p. 79-92, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04>>. Acesso em 05 ago 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Josafá Gonçalves et al. Leprosy in children. **Current Infectious Disease Reports**, v. 19, n. 6, 2017. Disponível em <<https://link.springer.com/journal/11908> > Acesso em 05 jan 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 8 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da união**, Brasília, DF, p. 68, 2017b.

BRASIL. Estatuto da Criança e do adolescente. Senado Federal, coordenação de edições técnicas. Conteúdo: Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília, 2017c.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Presidência da República. Casa civil. Inclui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. **Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase**, n.1, 3. ed., ver. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde**. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf>. Acesso em 28 jan. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de vigilância em saúde – Ministério da Saúde. Brasília, v. 49, n.4, 2018.

BUBADUE, Renata de Moura et al. Vulnerabilidade ao adoecimento de crianças com hiv/aids em transição da infância para a adolescência. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 705-712, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400705&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 29 maio 2017.

CANDIOTTO, Cesar. Ética e política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**. Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane Vasconcelos. A Ética da palavra na relação profissionais de saúde – pacientes. **Idéias**. Campinas – São Paulo, v. 4, n. 1, p. 59-76, 2013.

COMES, Yamila et al. Avaliação da satisfação de usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

CORIOLO – MARINUS, Maria Wandeleia de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester; RUIZ-MORENO, Lidia. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

COSTA, Romanniny Hévillyn Silva; COUTO, Carla Rosane Ouriques; SILVA, Richardson Augusto Rosendo. Prática clínica do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista Saúde (Santa Maria)**. Rio Grande do Sul, v. 41, n. 2, p. 9-18, 2015.

DOMINGUEZ, Bruno. Problema Persistente. **Radis**. Rio de Janeiro/RJ, p.24-26, 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_150.pdf>. Acesso em 09 ago 2016.

DUARTE, Lucélia Maria Carla Paulo da Silva. **Hanseníase: a implicação da educação em saúde para o autocuidado**. Dissertação (Mestrado em assistência à saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Natal, 2014, 84 f.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e Educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 847-852, 2014.

FARRE, Anny Giselly Milhome da Costa et al. Promoção da saúde do adolescente baseada na arte/educação e centrada na comunidade. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 71, n. 1, p. 31-39, 2018.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais, gestores e usuários. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, 2017 Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03258.pdf > Acesso em 15 jan 2019.

FREITAS, Bruna Hinnah Borges Martins de; CORTELA Denise da Costa Boamorte; FERREIRA Silvana Margarida Benevides. Tendência da Hanseníase em menores de 15 anos em mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev de Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, n. 28, p. 1-10, 2017.

FOUCAULT, Michel. A Arqueologia do Saber. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2013a.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V: Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2004.

_____. **A Ordem do Discurso**. 24ª edição. São Paulo: Loyola, 2013b.

_____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

_____. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber. 4ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2018a.

_____. **História da Sexualidade 3**: o cuidado de si. 5ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2018b.

_____. How an 'Experience book' is born. In: **Remarks on Marx**: conversations with Duccio Trombadori. Nova York: Semiotext (e), 1991.

_____. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo, WMF Martins Fontes, 2014.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2015.

FUSCH, Patricia; NESS, Lawrence. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. **The qualitative Report**, v.20, n.9, p.1408 – 1416, 2015.

GARUZI, Miriane et al . User embracement in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. **Rev. Panam Salud Publica**. Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, Feb. 2014 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jul 2017.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo, 5ª Ed, Atlas, 2010.

GOMES et al. Hanseníase: a visão do profissional da saúde no discurso do Sujeito Coletivo. **Revista Brasileira Pesquisa e Saúde**. Vitória, v. 16, n. 1, p. 41-48, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Informações completas, Estimativa da população, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco|recife|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 28 junh 2017.

- JORGE, Kelly Jackelini et al. Formação para o cuidado à criança e adolescente na graduação em enfermagem: Revisão integrativa. **REUOL**. Pernambuco, v.8, n.6, p. 1764-1773, jun., 2014.
- KAHL, Carolina et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-52-e03327.pdf> > Acesso em 20 jan 2019.
- LANA, Francisco Carlos Félix et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, p. 556-565, jul/set, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550>>. Acesso em 16 jun 2017.
- LEITE, Soraia Cristina Coelho; CALDEIRA, Antônio Prates. Therapeutic workshops and psychosocial rehabilitation for institutionalised leprosy patients. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1835-1842, 2015.
- LIRA, Haline et al. Comunicação médico – paciente em ambulatórios de pediatria de um hospital universitário. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**. São Paulo, v. 48, n. 5, p. 425-430, 2015.
- LURATI, Ann R. An Employee With Undiagnosed Leprosy: Are Other Employees at Risk?. **Workplace Health & Safety**. v. 65, n. 7, p. 284-286, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28486035> > Acesso em 25 jan 2019.
- MARINHO, Fabiana Drumond et al. Hanseníase em menores de 15 anos: uma revisão bibliográfica. **REFACS**. Minas Gerais, v.3, n.2, p. 95-105, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1087/953>>. Acesso em 18 maio 2017.
- MENDES, Maria Isabel Brandão de Sousa et al. Técnicas de Cuidado de Profissionais da Estratégia Saúde da Família em Natal/ RN. **Motrivivência**. Santa Catarina, v. 28, n. 49, p. 15-25, 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/41096>>. Acesso em 01 ago 2017.
- MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul/set 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>>. Acesso em 28 jun 2017.
- MENEZES, Maria Lúcia Neto et al. Leprosy In Subjects Under 15 Years: Epidemiological Analysis In Brazil. **International Archives of Medicine**. [S.l.], v. 10, July 2017. ISSN 1755-7682. Disponível em: <<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2693>>. Acesso em 21 ago 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14º ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles et al. Culture circle as a teaching approach in the education of teenager health multipliers on leprosy awareness. **Health**. v. 7, n. 4, 2015. Disponível em < https://file.scirp.org/Html/1-8203502_62485.htm > Acesso em 8 jan 2019.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu; CALHEIROS DE SÁ, Miriam Ribeiro. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Brasília, v. 19, n.7, p. 2083-2094, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02083.pdf>>. Acesso em 10 jun 2017.

MOREIRA, Carolina Pinheiro; TORRENTÉ, Mônica de Oliveira Nunes; JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1414-3283-icse-1807-576220170500.pdf> > Acesso em 13 fev 2019.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. rev. São Paulo, Editora: Cortez, 2011.

NAAZ, Farah et al. Challenges Beyond Elimination in Leprosy. **The International Journal of Mycobacteriology** . v. 6, n. 3, p. 222-228, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28776519> > Acesso em 01 fev 2019.

NARANG, Tarun; KUMAR, Bhushan. Leprosy in children. **Indian Journal of Pediatric Dermatology**. Indian, v.20, n.1, p. 12-24, 2019.

OLIVEIRA et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para hanseníase em municípios prioritários no estado do Pará, 2001 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 507-516, jul-set 2015.

OLIVEIRA, Marcela Bahia Barretto de. DINIZ, Lucia Martins. Leprosy among children under 15 years of age: literature review. **An. Bras. Dermatol**. v. 91, n.2, p. 196-203, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em 10 jul 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, jan/mar 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em 28 jun 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria executiva de vigilância em saúde. Plano integrado de ações para o enfrentamento às doenças negligenciadas no estado de Pernambuco / SANAR 2015 – 2018, 2015.

PINHEIRO, Mônica Gisele Costa et al. Hanseníase: uma abordagem educativa com estudantes do ensino médio. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro,

v.6, n.2, p. 776-784, abr/jun 2014. Disponível em:
<<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-25455>>. Acesso em 23 mar 2017.

PIRES, Carla Andrea A. et al . Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Revista Paulista Pediatria**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 292-295, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar 2016.

RAMOS, José M et al. Epidemiological and Clinical Characteristics of Children and Adolescents with Leprosy Admitted Over 16 Years at a Rural Hospital in Ethiopia: A Retrospective Analysis. **Journal of Tropical Pediatrics**. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28645166> > Acesso em 28 jan 2019.

RECIFE. **Prefeitura da Cidade do Recife**. Serviços para o Cidadão, Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/>>. Acesso em 28 jun 2017.

REES, Chris A et al. Neglected tropical diseases in children: Na assessment if gaps in research prioritization. **Plos Neglected Tropical Diseases**. V.13, n.1, p. 1-14, 2019.

ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 124-135, 2015 .

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 2, p. 297-304, mar/abr 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200297>. Acesso em 16 jun 2017.

ROZA, Monica. Uma relação entre o conceito de saúde, normatividade e biopolítica. In: BAGGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana (Organizadores). **Saúde coletiva**: dialogando sobre interfaces temáticas. Bahia: Editus, 2015.

SANINE, Patrícia Rodrigues; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 199-215, 2018.

SANTOS, Adriano Maia et al. Práticas de atenção à saúde de equipes das saúde da família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012. Disponível em:
<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15143/1/Adriano%20Maia%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em 03 jun 2017.

SANTOS, Vitor S et al. Leprosy and disability in children younger than 15 years in an endemic area of northeast Brazil. **The Pediatric Infectious Disease Journal**. EUA, v.34, n.3, p. 44-47, 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Programa de Controle da Hanseníase, 2017. Disponível em:

<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/apresentacao_hanseníase_abril_de_2017_0.pdf>. Acesso em 18 maio 2017.

SILVA, Juliana Pereira et al. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio grande do Sul, v. 39, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/85424/49127> > Acesso em 13 fev 2019.

SILVA JÚNIOR, Luíz Alberto; LEÃO, Marcelo Brito Carneiro. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Revista Ciência Educação**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v24n3/1516-7313-ciedu-24-03-0715.pdf> > Acesso em 13 fev 2019.

SILVA, Kênia Lara et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**. Universidade de São Paulo, São Paulo, v.48, n.1, p. 76-85, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf>>. Acesso em 14 jul 2017.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Recife: Secretaria Municipal de Saúde do Recife, 2018

SOUSA, Gutemberg Santos de; SILVA, Rodrigo Luis Ferreira da; XAVIER, Marília Brasil. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 112, p. 230-242, 2017.

SOUSA, Solange Meira de. et al. Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.70, n.3, p. 529-536, 2017.

SOUZA, Ana Lúcia Alves de. **Efetividade do treinamento de hanseníase em três Municípios do estado de Pernambuco**: A visão de profissionais da estratégia saúde da família. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2013.

SOUZA, Deise Suylan Monteiro; SANTOS, Luisa Gonçalves. O adolescente com câncer: o adoecimento potencializando os conflitos da adolescência. **Cientefico**. Fortaleza, v. 15, n.30, p. 61-78, 2015. Disponível em: <<https://revistacientefico.devrybrasil.edu.br/cientefico/article/view/108>>. Acesso em 15 jul 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde; 2002.

STORINO, Luisa Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura; SILVA, Kênia Lara. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Revista da escola de enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 638-645, 2013.

TAYLOR, Diana. **Michel Foucault: conceitos fundamentais**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2018.

TIERNEY, Edel et al. A critical analysis of the implementation of service user involvement in primary care research and health service development using normalization process theory. **Health Expectations**. v. 19, p. 501-515, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055238/pdf/HEX-19-501.pdf> > Acesso em 11 fev 2019.

VAISBICH, Maria Helena et al. Multidisciplinary approach for patients with nephropathic cystinosis: model for care in a rare and chronic renal disease. **Brazilian Journal Nephrology**. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/2018nahead/2175-8239-jbn-2018-0139.pdf> > Acesso em 05 jan 2019.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. In: GASTÃO, Wagner de Sousa Campos et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy**. fevereiro 2017. [on line]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>>. Acesso em 11 abr 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for South-East Asia. **Global leprosy strategy: accelerating towards a leprosy-free world**. World health organization, 2016. Disponível em: <http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5233.pdf?ua=1>. Acesso em 25 maio 2017.

XAVIER, Marília Brasil et al. Diagnóstico precoce de hanseníase em crianças da vila Santo Antônio do Prata, região hiperendêmica do estado do Pará. **Revista Conexão UEPG**. Ponta Grossa - Paraná, v. 15, n. 1, p. 37-42, 2019.

YIN, Robert k. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Tradução Daniel Bueno. revisão técnica Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016.

XAVIER, Marília Brasil et al. Diagnóstico precoce de hanseníase em crianças da Vila Santo Antônio do Prata, região hiperendêmica no estado do Pará. **Revista Conexão UEPG**. Paraná, v. 15, n. 1, p. 037-042, 2019.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Unidade de saúde:		Data : ____/____/____	
Categoria profissional:			
Sexo:	Cor :	Idade:	
Há quanto tempo você trabalha no serviço?			
Há quanto tempo você trabalha na saúde da família?			
Há quanto tempo você trabalha no atendimento em saúde da criança e/ou adolescente?			
Formação do profissional na área (mestrado, doutorado, especialização):			

PARTE II – PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 1) **Qual o tempo médio de atendimento da criança / adolescente portador de hanseníase?**
 - *Existe alguma diferença no tempo de atendimento entre criança/adolescente?*
- 2) **Quais são os procedimentos relativos à prática clínica realizados na consulta?**
 - *Exames solicitados e realizados no serviço*
 - *Materiais utilizados*
- 3) **Como é realizado o acolhimento na primeira consulta do paciente na unidade?**
 - *Escuta e valorização das queixas da criança / adolescente ou responsáveis;*
 - *Interferência do discurso dos pacientes na condução do caso*
 - *Como funciona o agendamento do retorno dos pacientes?*
- 4) **Como é estabelecido o relacionamento / vínculo entre profissional-paciente?**
- 5) **Existe algum tipo de dificuldade / fator limitante no atendimento de crianças/adolescentes portadores de Hanseníase? Se sim quais são?**
- 6) **Existe algum fator facilitador da sua prática assistencial? Se sim quais são?**
- 7) **Como é o relacionamento da equipe multiprofissional no atendimento ao menor de 15 anos portador de hanseníase?**
- 8) **Como é realizada a educação em saúde em hanseníase para as crianças e adolescentes em atendimento?**
 - *Onde são realizadas*

- *Quem realiza*
- *Existe algum tipo de articulação com outras entidades / serviços para atender as demandas relacionadas a hanseníase para a população menor de 15 anos?*
- *Existe alguma atividade de prevenção em vigência?*

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Serão observados pelo pesquisador os seguintes critérios relativos ao profissional:

- I- Acolhimento ao paciente
- II- Linguagem oral utilizada;
- III- Comunicação visual utilizada;
- IV- Comportamento, atitudes
- V- Escuta as queixas e orientações
- VI- Estabelecimento de vínculo com o paciente
- VII- Prática clínica realizada (material necessário, doses supervisionadas, estrutura física local)
- VIII- Quantitativo de pacientes do atendimento
- IX- Interação interdisciplinar
- X- Tempo de atendimento - Início _____ Término _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Para maiores de 18 anos ou emancipados – Resolução 466/12)

Prezado profissional!

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“Práticas de atenção à saúde interdisciplinares no cuidado aos menores de 15 anos em tratamento de hanseníase”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Joana D’arc Conceição Pinheiro de Oliveira, contato: (81) 999-306562, e-mail: joanadarcque@hotmail.com, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Prof. Moraes Rego, s/ nº, Prédio da Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, Cidade Universitária, Recife - PE. CEP: 50670-420 sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro, contato: (81) 997406418, e-mail: estelameirelles@gmail.com.

Caso este termo contenha informações que o Sr.º (a) que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

Informações sobre a pesquisa

A pesquisa tem como objetivo principal: avaliar as práticas de atenção à saúde dos profissionais de saúde com os menores de 15 anos em tratamento de hanseníase.

A sua participação no estudo se dará através da realização de entrevista individual e observação sistemática sobre as práticas de atenção à saúde executadas com crianças e adolescentes acometidos pela hanseníase, a efetivação dessas etapas poderão ser realizadas em um ou mais momentos e será de acordo com a sua disponibilidade e agendada

previamente. No momento da entrevista você pode se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta, por isso como forma de minimizar a situação as entrevistas acontecerão em ambiente reservado e a observação sistemática durante o atendimento aos pacientes com respeito a sua confidencialidade e privacidade, bem como para evitar interferências e constrangimentos.

As entrevistas serão gravadas e as informações da pesquisa serão mantidas em sigilo e divulgadas de forma anônima apenas para fins científicos em eventos ou publicações. Os termos e dados resultantes da pesquisa serão arquivados com a pesquisadora responsável por um prazo de cinco anos e após esse período será totalmente destruído. Os benefícios da pesquisa serão a melhor compreensão das demandas relacionadas às práticas de atenção à saúde realizadas com menores de 15 anos em tratamento de hanseníase, as suas dificuldades e facilidades, assim como a atuação dos profissionais e suas atividades de educação em saúde que poderão auxiliar as suas reais necessidades.

Os riscos relacionados ao estudo são mínimos que podem ser o constrangimento ou desconforto com a entrevista ou observação sistemática que poderão ser reduzidos durante a atividade, visto que a entrevista poderá ser interrompida e deverá ser realizada individualmente, respeitando a sua privacidade. A sua liberdade de se recusar em participar, se retirar da pesquisa em qualquer das fases sem nenhum prejuízo ou solicitar novos esclarecimentos será preservada.

A sua participação será voluntária, não envolverá custos financeiros nem o recebimento de qualquer forma de pagamento. Caso surja alguma dúvida ou você necessite de algum outro tipo de esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no endereço acima informado. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(Joana D'arc de Oliveira)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Hanseníase: práticas de atenção à saúde de profissionais de saúde no cuidado aos menores de 15 anos”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE: discursos de profissionais

Pesquisador: JOANA D ARC CONCEICAO PINHEIRO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81181417.2.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.377.111

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda para alteração do título da pesquisa. Joana D'arc Conceição Pinheiro de Oliveira para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profa Dra Estela Maria Leite Meirelles Monteiro. O estudo será realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) e serviços de referência no tratamento de hanseníase na cidade do Recife. Os dados serão coletados de acordo com o princípio da triangulação através do emprego de entrevista qualitativa, observação sistemática e diário de campo do participante. A entrevista qualitativa, individual, será utilizada por meio de um formulário de entrevista e será gravada. Em seguida, os dados captados nas entrevistas serão transcritos na íntegra para subsidiar a etapa de apresentação e análise dos dados. Os participantes do estudo serão profissionais de saúde integrantes da equipe multidisciplinar como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas que prestam assistência direta aos menores de 15 anos portadores de hanseníase. Inicialmente será estabelecido um total de trinta participantes no estudo, podendo ser alterado conforme o critério de saturação teórica.

Objetivo da Pesquisa:

a. Objetivo Geral

Avaliar as práticas assistenciais dos profissionais de saúde com os usuários menores de 15 anos em tratamento da hanseníase a luz dos pensamentos de Foucault.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.377.111

Outros	lattes_Estela.pdf	10:14:35	CONCEICAO PINHEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	lattes.pdf	05/06/2019 10:14:05	JOANA D ARC CONCEICAO PINHEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	anuencia.pdf	05/06/2019 10:12:53	JOANA D ARC CONCEICAO PINHEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/06/2019 09:47:12	JOANA D ARC CONCEICAO PINHEIRO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 07 de Junho de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE E-mail: cepccs@ufpe.br
Telefone: (81)2126-8588

ANEXO B – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENIASE EM MENORES DE 15 ANOS – PCID<15

Figura 19 – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID < 15

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID < 15

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

1 – Unidade de Saúde: _____
 2 – Município: _____ 3 – UF: _____
 4 – Nome do Paciente: _____ 5 – Nº do Prontuário: _____
 6 – Nome da Mãe: _____
 7 – Data de Nascimento: ____/____/____ 8 – Idade: _____ anos
 9 – Município de Residência: _____ 10 – UF: _____

11 – Há quanto tempo reside nesse município? _____
 12 – Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
 Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano
 13 – Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 – Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
 15 – Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____
OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

16 – Número de lesões de pele: _____
 17 – Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Manchas(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____
 18 – Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais

19 – Existem áreas com rarasão de pele?
 não sim Onde? _____

20 – Existem nervos acometidos?
 não sim Onde? _____

21 – Teste de Histamina (quando disponível):
 não sim Onde? _____

22 – Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 – Avaliação do grau de incapacidade:

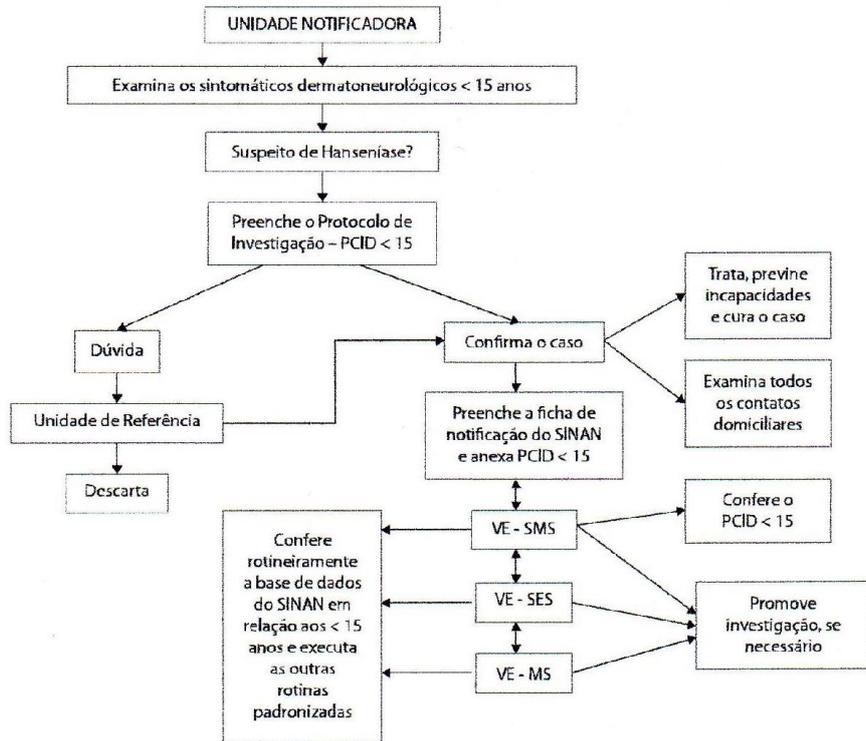
Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas. E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual \geq 0,1 ou 6/60			Força muscular das mãos preservadas. E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (filas) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada. E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (filas) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis. E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea. resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar			Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis. E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (filas) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis. E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (filas) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como lagofalmo; ectrópio; entrópio, triquiase; opacidade corneana central; iridocidite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6/60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contração, feridas tróficas e/ou traumáticas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contração, feridas tróficas e/ou traumáticas.		
	MAIOR GRAU OLHOS			MAIOR GRAU MÃOS			MAIOR GRAU PÉS		

24 – Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim
 25 – Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB 26 – Grau de Incapacidade Física: _____
 27 – Nome do profissional: _____ CRM: _____
 28 – Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____
**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
 SENDO CASO DE HANSENIASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

continua

conclusão

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



1. As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID - <15 a", se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do doente;
2. As Secretarias Municipais de Saúde - SMS, mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico;
3. As Secretarias Estaduais de Saúde - SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica;
4. O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CG-DE/SWS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

Fonte: (BRASIL, 2016).