



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM – MESPEnf

FABIANA PORTO SILVA

ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE:
representações sociais de usuários

FEIRA DE SANTANA

2017

FABIANA PORTO SILVA

**ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE:
representações sociais de usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Evanilda Souza de Santana Carvalho

**FEIRA DE SANTANA
2017**

**ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE:
representações sociais de usuários**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.

Feira de Santana, 17 de outubro de 2017.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira
Universidade Federal da Bahia

Prof^a Dr^a. Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a. Evanilda Souza de Santana Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana

A pesquisa psicossocial não se
pretende neutra, mas crítica ao
comprometer-se com a
transformação da realidade.
(Guareschi, Hernandez &
Cárdenas, 2010, p.11)

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação de Mestrado é uma experiência única e enriquecedora de muita superação. As expectativas em obter as respostas às minhas inquietações é um processo de transformação que acontece nesse encontro da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa. Para aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para estas descobertas que parece uma tarefa árdua e interminável e que só se torna possível graças a muitas pessoas mesmo sem saber realmente o que e para que envolvemo-nos em pesquisa. E a estas pessoas gostaria de agradecer:

Agradecer a **Deus** por iluminar e abençoar toda minha trajetória de vida.

À minha querida mãe, **Terezinha**, que sempre me ensinou os valores do trabalho, da profissão, da independência, da humildade, da fé. Ao meu pai, **Rielson** (em Memória).

Ao meu filho, **Victor Hugo**, que amo demais, pela compreensão de muitas ausências minhas.

Ao meu irmão, **Fábio**, escritor perseverante que me ensinou a gostar de literatura e outras artes.

Ao meu companheiro de vida, **Laercio**, que sempre me incentivou a explorar todo o meu potencial, a exercitar a minha paciência e o meu amor.

Às professoras do Mestrado Profissional de Enfermagem, pelos ensinamentos e discussões enriquecedoras em sala de aula. Momentos de grande aprendizado.

À Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana, **Dr^a Denise Lima Mascarenhas**, à coordenação da Vigilância Epidemiológica, **Dr^a Francisca Lúcia** e às colegas (**amigas**) do serviço de vigilância epidemiológica por tornarem possível a realização deste grande sonho.

Aos funcionários do Programa de Controle da Hanseníase por oportunizarem o meu contato com os sujeitos da pesquisa.

Aos usuários do Programa de Hanseníase por aceitarem fazer parte deste projeto de pesquisa.

Às minhas amigas que conquistei e sempre acreditaram no meu potencial, sempre me incentivaram a continuar no caminho do conhecimento, da pesquisa em especial: **Maricélia, Eloisa, Tacyane, Ana Luíza, Janne, Thaís Julianny, Bruna, Gilca, Aline, Neuza.**

Às amigas do mestrado profissional que me oportunizaram momentos de grande crescimento nas discussões e altos papos de mulher para mulher, em especial: **Lara, Lorena, Isis, Ayana, Margo.**

Aos funcionários da secretaria do Mestrado Profissional de Enfermagem pela paciência e presteza quando necessitávamos de algo para desenvolver nossas atividades.

E principalmente a você, **Profª. Dra. Evanilda (Eva)**, agradeço por ter me escolhido como sua orientanda nesta trajetória de grande aprendizado para mim. Aprendi a me valorizar como pessoa, profissional, pesquisadora e como mulher. Agradeço imensamente pelos incentivos em alguns momentos e por compartilhar das minhas alegrias.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

SILVA, Fabiana Porto. **Acolhimento no Programa de Controle de Hanseníase: representações sociais de usuários**, 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), com objetivo de apreender as representações dos usuários de um centro de referência em hanseníase acerca do acolhimento e compreender as vivências frente ao diagnóstico. Desenvolvido no Centro de Referência para Hanseníase, do município de Feira de Santana – BA. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer nº 1.712.962, CAAE – 57532916.8.0000.0053. Participaram 19 usuários, que após conhecer os objetivos da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, que responderam a técnicas projetivas, o Teste Livre de Associação de Palavras (TALP) e posteriormente produziram o Desenho Estória com Tema seguido de inquérito (DET-I). O material empírico foi submetido a análise de conteúdo e análise de conteúdo aplicado a desenhos histórias. Resultados deste estudo encontram-se organizados em dois artigos: o primeiro, intitulado “Queremos ser tocados e ouvidos: representações dos usuários com hanseníase” sobre acolhimento no Centro de Referência, objetivou apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase, cujos resultados evidenciam que para os usuários o acolhimento está ancorado em ter sua experiência valorizada, ser tocado, ser ouvido, ser considerado e ser estimulado a se cuidar; ter acesso ao tratamento, medicamentos e outras especialidades médicas; ser atendido como prioridade na rede de assistência e ser atendido em unidade equipada e confortável. O segundo, intitulado “Vivências dos usuários frente ao diagnóstico de hanseníase”, objetivou compreender as vivências dos usuários do Centro de Referência em hanseníase frente ao diagnóstico, cujos resultados evidenciam que os usuários sentem-se discriminados, sofrem preconceito, percebem o preconceito da sociedade e por isso são excluídos. Além disso, peregrinam em busca do diagnóstico; sentem medo, vergonha e questionam se essa doença tem cura. Este estudo permitiu apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase, as quais se revelaram como ancoradas na humanização do serviço. As RS dos usuários evidenciam suas expectativas sobre o serviço, de forma que atenda suas necessidades nas dimensões biopsicossociais. Estes resultados apontam para a necessidade de fortalecer o dispositivo acolhimento através do vínculo entre os usuários, trabalhadores da saúde e gestores, possibilitando a tomada de decisão em conjunto frente às necessidades apresentadas.

DESCRITORES: Acolhimento, Hanseníase, Psicologia social, Humanização da assistência.

ABSTRACT

SILVA, Fabiana Porto. Acceptance in the Leprosy Control Program: social representations of users, 2017. Dissertation (Master degree) –Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017.

A qualitative study, based on the Theory of Social Representations (TRS), with the objective of apprehending the representations of the users of a referral center in leprosy about the reception and understanding the experiences before the diagnosis. Developed at the Reference Center for Leprosy, in the municipality of Feira de Santana - BA. Approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana, under opinion No. 1,712,962, CAAE - 57532916.8.0000.0053. A total of 19 users, who after knowing the research objectives and signing the free informed consent form, responded to projective techniques, the Free Word Association Test (TALP), and later produced the Story Design with Topic followed by a survey -I). The empirical material was subjected to content analysis and content analysis applied to cartoon stories. Results of this study are organized in two articles: the first one, entitled "We want to be touched and heard: representations of users with leprosy" on reception in the Reference Center, aimed at apprehending the representations of users about the reception in the Leprosy Control Program, whose results show that for the users the host is anchored in having their experience valued, touched, heard, considered and encouraged to care; access to treatment, medicines and other medical specialties; be served as a priority in the service network and be serviced in an equipped and comfortable unit. The second one, entitled "Experiences of users in the diagnosis of leprosy", aimed to understand the experiences of users of the Reference Center in leprosy in front of the diagnosis, whose results show that users feel discriminated, suffer prejudice, perceive the prejudice of society and therefore are excluded. In addition, they are pilgrims in search of the diagnosis; feel fear, shame and question whether this disease has a cure. This study allowed to understand the representations of users about the host in the Leprosy Control Program, which proved to be anchored in the humanization of the service. The RS of the users show their expectations about the service, so that it meets their needs in the biopsychosocial dimensions. These results point to the need to strengthen the host device through the link between users, health workers and managers, making it possible to jointly make decisions regarding the needs presented.

KEYWORDS: Acupuncture, Leprosy, Social psychology, Humanization of care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
OMS	Organização Mundial de Saúde
CGHDE	Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação
ABS	Atenção Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
RS	Representação Social
PQT	Poliquimioterapia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
DET-I	Desenho Estória com Tema seguido de Inquérito
COGITARE	Núcleo de Pesquisa sobre corpo, gênero, representações e práticas do cuidado
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
PNH	Política Nacional de Humanização
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

- Figura 1 Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas – Acolhimento à pessoa com hanseníase. Feira de Santana, Bahia, 2017.
- Figura 2 A importância do acolhimento. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia, 2017.
- Figura 3 O primeiro encontro com o Agente de Saúde. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia, 2017.
- Figura 4 Viver em grupo. Pesquisa direta. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia, 2017.
- Figura 5 Sem título. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia, 2017.

ARTIGO 2

- Figura 1 Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas – Vivências dos usuários frente ao diagnóstico de hanseníase. Feira de Santana, Bahia, 2017.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	17
2.2 CONTEXTUALIZANDO A HANSENÍASE	20
2.3 ACOLHIMENTO À PESSOA COM HANSENÍASE	22
3 METODOLOGIA	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	28
3.3 PARTICIPANTES INCLUÍDOS NA PESQUISA	29
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	30
3.5 COLETA DE DADOS	32
3.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)	32
3.5.2 Procedimento de Desenho-Estória com Tema seguido de inquérito	33
3.6 ANÁLISE DE DADOS	34
4 RESULTADOS	36
4.1 ARTIGO 1 – Queremos ser tocados e ouvidos: representações dos usuários com hanseníase sobre acolhimento no Centro de Referência	37
4.2 ARTIGO 2 – Vivências dos usuários frente ao diagnóstico de hanseníase	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	86
ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é considerada uma doença de notificação compulsória e devido a sua gravidade e magnitude é um grave problema de saúde pública. É uma doença crônica, transmissível, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Pode causar incapacidade física e discriminação social (estigma). Apresenta-se sob várias formas clínicas e seu tratamento é prolongado. Por isso é necessário um serviço estruturado e organizado para atender as necessidades específicas desta população (OLIVEIRA et al., 1996).

Ações desenvolvidas pelos Programas Nacionais de Controle da Hanseníase (PNCH) dos países endêmicos e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) têm tido um impacto não muito relevante, pois o número de casos novos vem diminuindo modestamente em algumas regiões enquanto que em outras apresenta um crescimento considerável. Foi notificado em 2009 que na Ásia a taxa de detecção de casos novos foi de 9,39 casos/100.000 hab. seguida das Américas com 4,58 casos/100.000 hab. Neste contexto, a Índia teve destaque com 133.717 casos novos diagnosticados e o Brasil, 37.610 casos novos. Este último foi considerado o segundo país em número de casos novos da doença. Ou seja, dos 40.474 casos novos diagnosticados nas Américas, 93% foram diagnosticados no Brasil (ALVES et al., 2014).

Observando o perfil epidemiológico da doença, pode-se considerar a hanseníase como grave problema de saúde pública por apresentar um coeficiente de detecção de casos novos elevado. Este percentual concentrado no grupo de usuários multibacilares dificulta ainda mais a sua eliminação por ser o grupo transmissor da doença quando não tratado adequadamente. Além disso, existem os casos que não foram detectados considerados por alguns autores como prevalência oculta da doença.

Em 1991, o Brasil firmou um compromisso em eliminar a hanseníase do rol de problema de saúde pública até o ano 2000. Isto significaria reduzir o coeficiente de prevalência para menos de um caso para cada dez mil habitantes. Mas para que esta meta fosse alcançada seria necessária a implementação de ações em conjunto que favorecessem um diagnóstico e tratamento precoces. Então, em 2001, foi lançado um Plano Nacional de Mobilização e Intensificação para Eliminação da Hanseníase. Em 2002, foram intensificadas ações para que os objetivos pudessem ser alcançados tais como: dispensação dos medicamentos, capacitação dos profissionais, combate ao preconceito/estigma e tratamento dos adoecidos. Em 2011, com a criação da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de

Eliminação (CGHDE) o compromisso de reduzir a carga desta doença e eliminá-la como problema de saúde pública ficou ainda mais evidente. Garantir o acesso aos serviços de saúde às pessoas em situação de vulnerabilidade passou a ser prioridade. (ALVES et al., 2014).

Portanto, o diagnóstico precoce dos casos, o tratamento poliquimioterápico, a prevenção de incapacidades físicas, a vigilância dos contatos e a educação em saúde são consideradas estratégias utilizadas para tentar reduzir o coeficiente de prevalência. Para isso é necessária a descentralização destas ações para a Atenção Básica à Saúde (ABS), visando então uma ampliação da assistência aos adoecidos através de uma rede organizada dando resolutividade ao problema encontrado. Para tanto é necessário garantir o acesso, um atendimento integral, o acolhimento, o vínculo com a equipe (LANA et al., 2011).

Contudo, é preciso que os profissionais de saúde que assistem uma determinada comunidade tenham o conhecimento acerca da doença caracterizada por atingir tecido cutâneo, mucosa e nervos periféricos. A sua importância epidemiológica é devido ao poder altamente incapacitante o que muitas vezes pode afastar o usuário das suas atividades laborais (ARANTES, 2010).

Estratégias existem para reduzir o coeficiente de detecção da doença, porém devem fazer parte da prática dos profissionais e da sensibilização dos gestores. Além disso, é importante sensibilizá-los para a importância do impacto desta doença na vida do indivíduo quando não tratado, principalmente quando se trata das marcas aparentes e das incapacidades físicas ocasionadas pela doença. Isto pode afastar os usuários de suas atividades sociais repercutindo muitas vezes sobre o trabalho e consequentemente sobre sua situação econômica.

Outro fator de grande relevância em se tratando do adoecido por Hanseníase é o estigma que está associado a este processo. Historicamente havia o isolamento por parte dos familiares e de toda a sociedade, por se tratar de uma doença infecto-contagiosa. Mesmo com a introdução do tratamento e cura da doença, ainda perdura o preconceito e o estigma. Isto ocorre por falta de conhecimento da população a respeito da doença. Portanto, percebe-se a importância de um apoio psicossocial aos adoecidos para o enfrentamento das repercussões do preconceito e estigma que envolve a doença (CID et al., 2012).

Segundo Monteiro e Villela (2013), o estigma e a discriminação social podem levar o indivíduo a uma situação de exclusão social. Além disso, o estigma é um fator importante nas relações de poder, onde existem os grupos excluídos e os grupos valorizados instituídos de forma discriminatória. Esta discriminação tem impactos importantes na saúde da população,

principalmente quando este indivíduo adentra as Unidades de Saúde da Família (USF) e se deparam com a violência simbólica que pode estar presente no serviço, através da discriminação.

Então, por ser considerada uma doença milenar causadora de incapacidades físicas, muitas vezes, irreversível, carrega em sua história o estigma que pode ser a explicação para o afastamento deste indivíduo da sociedade e dos serviços de saúde por medo da discriminação.

Portanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para o enfrentamento deste problema e buscar soluções para garantir o acesso deste indivíduo no sistema de saúde em todos os níveis de assistência, na sua integralidade. Então as ações de vigilância dos contatos, detecção oportuna de casos novos, tratamento com o poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e reabilitação são atividades inerentes à Estratégia de Saúde da Família (ESF). São ações que devem ser descentralizadas para a Atenção Primária (LANZA, 2011).

Pode-se identificar a partir deste contexto a importância da Estratégia de Saúde da Família para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, pois é a partir dela que os casos poderão ser diagnosticados através de uma busca ativa dos mesmos, aumentando o número de casos tratados e precocemente diagnosticados prevenindo as incapacidades.

Porém, um Sistema de Saúde fragmentado tem resolutividade limitada, pois atua de forma independente, isolado, sendo ineficaz para uma assistência integral ao usuário. Os níveis de atenção não se comunicam entre si dificultando a continuidade da assistência. O nível primário deixa de exercer seu papel de coordenador do cuidado. Para superar este sistema fragmentado, o Sistema Único de Saúde (SUS) necessitaria de um sistema que conseguisse assistir ao usuário de forma contínua e integral pela atenção primária de forma organizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta comunidade. Daí vem o conceito de rede de atenção à saúde com o objetivo de garantir esta assistência integral ao usuário nos três níveis (MENDES, 2010).

Segundo Ramos (2003) importa conhecer qual a informação que o usuário trás sobre o serviço prestado para poder traçar ações que possam qualificar as práticas profissionais até então realizadas além de possibilitar a orientação para a organização do serviço.

As práticas profissionais que considerem o usuário como sujeito e participante ativo das tomadas de decisões neste processo de produção do cuidado é o que caracteriza o acolhimento. Outra característica importante é dar resolutividade às demandas e partilhar responsabilidade realizando os devidos encaminhamentos e garantindo a assistência integral,

contínua ao usuário. Para Falk (2010), isso requer que os profissionais busquem articulação com outros serviços objetivando a eficácia dos encaminhamentos realizados.

Ao acolher o usuário, cria-se uma relação entre dois indivíduos, em um mesmo espaço, que se caracteriza como tecnologia leve. O acolhimento seria uma relação humanizada, que os trabalhadores e o serviço têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários (MERHY, 1997). Este processo de acolhimento é atribuído a qualquer trabalhador em saúde a partir das relações interpessoais em uma visão usuário-centrada. Um processo de trabalho que nasce desta relação – “trabalho vivo em ato” (FRANCO et al., 1999).

Acesso ao cuidado e acolhimento, por sua vez, são elementos principais para melhorar a qualidade da assistência tanto do indivíduo como do coletivo. Estas duas vertentes remetem a uma discussão sobre os modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde a partir dos saberes da área e projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos. Contudo, é necessário incorporar nas práticas profissionais um atendimento individual englobando os saberes de vigilância sanitária e epidemiológica. Para isso, existem elementos que norteiam este modelo tecno-assistencial em defesa da vida. São eles: acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade (RAMOS et al., 2003).

Minha aproximação com o tema se deu a partir das experiências como Técnica de Referência do Programa de Controle de Hanseníase (PCH) no município de Feira de Santana – BA, por ter participado de diversos eventos de capacitação me tornando multiplicadora de informações. Além disso, o atendimento prestado aos adoecidos de hanseníase me despertou a preocupação com o acolhimento, a adesão ao tratamento, diminuição da prevalência da doença, prevenção das incapacidades e intensificação de ações que reduzissem a discriminação social sofrida pelo adoecido por falta de conhecimento a respeito da doença. A partir de situações que foram detectadas em uma observação da rotina da assistência no Centro de Referência do Programa e da avaliação epidemiológica que reforçaram as minhas inquietações, identifiquei um desencontro no que tange o aspecto do acolhimento, pois existe uma equipe multidisciplinar, porém esta equipe parece atuar de forma fragmentada. Os profissionais atuam em um mesmo espaço, porém a articulação como uma proposta de produção do cuidado para os indivíduos e coletividade demonstra fragilidade.

A pouca interação entre os trabalhadores e negligência dos gestores influenciam no andamento das atividades evoluindo para um desgaste de todos, principalmente dos usuários que necessitam do atendimento. Além disso, o agendamento de consultas médicas é pouco flexível quanto às possíveis intercorrências e demandas dos usuários, pois é realizado com

antecedência e sem possibilidade de mudanças. O atendimento deste usuário na rede de atenção encontra-se em processo de descentralização, porém ocorre de forma muito tímida dificultando a resolubilidade das necessidades. Isto pode desmotivar o usuário a manter-se assíduo ao tratamento. Outros pontos importantes a serem levados em consideração dizem respeito à capacitação dos profissionais, a grande rotatividade que prejudica a formação de vínculos e inviabiliza a efetividade da descentralização das ações de vigilância do Programa.

Com base no exposto, foi formulado o seguinte problema de pesquisa: Como os usuários do Programa de Controle da Hanseníase representam o acolhimento recebido no referido programa? Qual a vivência dos usuários frente ao diagnóstico? Para responder a este questionamento, foram traçados os seguintes objetivos: Apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase no município de Feira de Santana – BA, compreender as vivências dos usuários frente ao diagnóstico.

A relevância deste estudo para o serviço reside na possibilidade de compreensão do acolhimento e de suas vivências frente ao diagnóstico, na criação de estratégias e ações para a produção do cuidado na perspectiva do sujeito adoecido. No campo da Saúde Coletiva, o estudo tem sua relevância principalmente por ser um agravo negligenciado e que necessita de estudos que venham aprimorar ainda mais os contextos subjetivos da doença. Principalmente em valorizar a fala deste usuário acerca do acolhimento que ele vivencia ao se deparar com os serviços de saúde. Contribui também para a construção do conhecimento acerca do acolhimento a esse grupo específico de pessoas; além de possibilitar a reflexão dos trabalhadores e gestores sobre o seu fazer.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste momento, o material teórico disponível que trata do objeto de estudo foi selecionado para ser utilizado como embasamento teórico para o desenvolvimento da pesquisa. Serão explicitados os conceitos principais e termos técnicos a serem utilizados na pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa científica onde os dados são interpretados, é importante correlacionar com o universo teórico para interpretação dos dados colhidos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

2.1 ACOLHIMENTO À PESSOA COM HANSENÍASE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado com o objetivo de criar importantes mudanças no setor de saúde. Um modelo assistencial que supera os modelos vigentes onde ocorre uma redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, das organizações da saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS; 1998). A construção de ações que viabilizem a implantação dos princípios e diretrizes assim como ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde. Para que isso acontecesse foi importante a criação do Humaniza SUS, um programa voltado para a humanização da assistência. Humanizar é oferecer um atendimento de qualidade através de tecnologias associada ao acolhimento, melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho (CARVALHO et al., 2008).

Porém, o usuário ainda valoriza os procedimentos de média e alta complexidade atrelando-se a eles o valor de produzir cuidado (produção imaginária de demanda). Esta construção parte do pressuposto de que ela foi construída socialmente e está relacionada ao perfil do serviço de saúde, a forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e usuários. A falta de espaços em que ocorra a comunicação entre usuários e trabalhadores contribui para o fortalecimento deste entendimento distorcido sobre o cuidado em saúde. Por um lado, os usuários estão priorizando medicamentos e exames. Por outro, os trabalhadores têm dificuldade em reorganizar o processo de trabalho. Para que ocorra estas mudanças é necessário que todos os sujeitos considerem as Unidades de Saúde como espaços de exercício de micropolítica, portanto, capaz de produzir mudanças (FRANCO et al., 2009). Mudanças essas que podem partir da implementação do dispositivo acolhimento.

Para Carvalho e outros (2008), o acolhimento pode ser entendido como um processo que acontece mesmo antes de o usuário adentrar o serviço de saúde. É um modo de resposta às necessidades da população. Pode-se dizer também que este acolhimento é utilizado como forma de reorganização dos serviços com o objetivo de garantir acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Neste caso, são levantados os problemas e oferecidas soluções e respostas através das necessidades dos usuários, “rearticulando os serviços em torno deles.

Para tanto, percebe-se a necessidade de uma rede organizada e hierarquizada para atender a todas as demandas trazidas pelos usuários. Além disso, a necessidade de estruturar a rede de atenção básica, as unidades de saúde, garantindo uma oferta múltipla de serviços de qualidade. Já as necessidades que não forem possíveis de serem resolvidas a nível local, possam ser encaminhadas para outros níveis de atenção assegurando a integralidade da assistência. As unidades vão se moldando às necessidades apresentadas pelos usuários e não o contrário. O modelo deve ser centrado no usuário.

Para Franco, Andrade e Ferreira (2009), o acolhimento é considerado um dispositivo que funciona para instituir uma análise crítica a respeito do fluxo de entrada na Unidade de Saúde da Família, revelar seu processo de trabalho e ser de grande utilidade no que diz respeito às mudanças do cenário atual. Além disso, é considerado como uma forma de reorganizar o processo de trabalho através de uma escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. O acolhimento vem então com uma proposta de modificar a lógica de funcionamento e organização do serviço centrado na garantia de acessibilidade e atendimento a todos, em uma equipe multiprofissional, em uma relação mais humanitária entre trabalhador/usuário.

Portanto, o acolhimento garante a acessibilidade, integralidade e humanização da assistência com a criação de vínculo entre o trabalhador e o usuário fazendo com que este último participe do seu processo de cuidado dando-lhe autonomia para tal ação. Esta é uma responsabilidade de todos que fazem parte da equipe multiprofissional: acolher a todos que adentrem a Unidade de Saúde. Então, os saberes são compartilhados e não mais centrado no saber médico. Cada demanda apresentada terá sua resolubilidade dentro da própria unidade que o acolheu ou em outro serviço de referência.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento tem uma proposta de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde através do atendimento a todos que procuram o serviço de saúde, garantindo acesso universal; da reorganização do processo

de trabalho deslocando o seu eixo central do médico para equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que se encarrega da escuta qualificada do usuário observando suas necessidades de saúde e tentando resolvê-los; por fim, a relação entre trabalhadores e usuários deve acontecer de forma humanitária, de solidariedade e cidadania.

Para a implantação do acolhimento é necessário um entendimento de que todos acolhem e todos serão acolhidos. Isto pode resignificar o trabalho, tornando-o mais prazeroso. Com isto, percebe-se a possibilidade de reorganização do processo de trabalho conduzindo a um cuidado com intervenções sobre as reais necessidades dos usuários. Portanto, a reorganização dos serviços de saúde está embasado na integralidade na produção do cuidado, cujo processo de trabalho encontra-se centrado no usuário e em relações acolhedoras entre a equipe multiprofissional construindo vínculo (FRANCO et. al., 2009).

Porém, a realidade vivida está aquém do esperado. Com a implantação das Estratégias de Saúde da Família, o objetivo principal era mudar a lógica do processo de trabalho que até então estava centrado no saber do médico. Este que desencadeava todas as atividades que os outros profissionais iriam desenvolver. Mas, esta proposta ainda continua. O saber médico ainda prepondera em muitas realidades. Os outros profissionais ainda respondem às demandas médicas.

A equipe de acolhimento nada mais é do que uma equipe de triagem, um pronto atendimento que se atenta para as necessidades clínicas. Então, para mudar esta lógica, os profissionais devem estar qualificados e empenhados em mudar esta realidade utilizando a tecnologia leve, relacional. Ainda assim, é necessário que os gestores estejam sensibilizados para garantir um ambiente favorável para a construção do vínculo, favorecendo o acolhimento como dispositivo para resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários.

É importante salientar que o acolhimento acontece nos micro-espços das relações individuais e coletivas tais como na recepção, nas reuniões, nas consultas, entre outras formas relacionais. Por isso, o acolhimento pode ser considerado como um importante dispositivo para a reorganização da produção do cuidado, visto que ampliaria o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial potencializando o trabalho em equipe (ASSIS, NASCIMENTO, FRANCO, JORGE; 2010).

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento é um dispositivo utilizado para questionar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde em busca da responsabilização sanitária e clínica e a intervenção resolutiva. Sem acolher e vincular não existe a produção desta responsabilização. Portanto o acolhimento é esta relação humanizada,

acolhedora que os trabalhadores e o serviço devem manter com os diferentes usuários a fim de dar resolubilidade aos problemas.

Ao acolher, criam-se vínculos e responsabilização. O usuário passa a fazer parte de todo este processo o que viabiliza o auto cuidado, a autonomia diante do seu processo saúde-doença. O usuário se torna responsável pelo seu cuidado facilitando a adesão em todo o processo terapêutico.

Para que as necessidades de saúde dos clientes sejam atendidas de forma integral, é necessário que este encontro entre trabalhadores e usuários, no espaço que é considerado de investigação, elaboração e negociação, aconteça de forma acolhedora. Estas ações devem acontecer de forma integrada entre serviço/trabalhador/usuário com o objetivo principal de atender às reais necessidades dos usuários, e dar uma solução para cada tipo de situação apresentada (FALK, OLIVEIRA, MOTTA; 2010).

Sem acolher e vincular, não se concretiza a responsabilização e, portanto não se consegue obter a resolubilidade diante de cada necessidade apresentada pelo usuário. O acolhimento vem sendo considerado como um processo das relações humanas (tecnologia relacional). Portanto, o acolhimento tem a função principal de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço partindo dos seguintes princípios: atender a todos que adentrarem o serviço de saúde, garantindo o acesso universal; reorganizar o processo de trabalho onde o foco principal está centrado na equipe multiprofissional que atuará através de uma escuta qualificada, resolvendo a necessidade de saúde apresentada pelos usuários e, por fim, humanizar as relações entre eles. Por ser considerado um processo deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde em qualquer setor de atendimento. Não é apenas o ato de receber, mas é uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (FRACOLLI, ZOBOLI; 2004).

O trabalho em saúde é hoje constituído por trabalho coletivo institucional, com divisão parcelar de tarefas. Ele é compartimentalizado, ou seja, cada grupo profissional presta a assistência de saúde separadamente muitas vezes repetindo a mesma tarefa ou até mesmo tomando atitudes contraditórias. Os médicos ainda dominam o processo de trabalho e delegam outras atividades a outras categorias profissionais. Mas, apesar de desenvolverem atividades delegadas pelos médicos, mantêm certa autonomia profissional (RIBEIRO, PIRES, BLANK; 2004).

A Estratégia Saúde da Família vem com uma proposta diferenciada. O trabalho em equipe neste modelo de organização de saúde busca a comunicação entre os integrantes da

equipe com troca de experiências e conhecimentos. O trabalho em saúde é pautado na lógica coletiva. Também está vinculado à ideia de processo com uma finalidade. Uma produção não material. Seu produto final é a assistência à saúde. Este é consumido ao mesmo tempo em que é produzido (SANTOS et al., 2013).

Então, a descentralização das ações de vigilância da hanseníase para a Estratégia de Saúde da Família pode contribuir para facilitar o acesso ao serviço, integralidade da assistência, atendimento humanizado. Com isso, estimulando a adesão ao tratamento, o autocuidado e o diagnóstico precoce. Além disso, este espaço de comunicação permitirá a construção do vínculo, o fortalecimento do dispositivo acolhimento, favorecendo a escuta qualificada e atendimento humanizado centrado no usuário, levando em consideração as reais necessidades de cada usuário e resignificação do processo de trabalho.

2.2 CONTEXTUALIZANDO A HANSENÍASE

A Hanseníase é considerada uma doença negligenciada, ou doença em eliminação, é endêmica em populações de baixa renda. É causada pelo *Micobacterium leprae*, cujo período de incubação varia de dois a sete anos (CID et al, 2012). Sua transmissão ocorre pelo contato direto e prolongado de indivíduo contaminado pelo bacilo e não tratado para indivíduo sadio através das vias aéreas superiores. O bacilo tem preferência por regiões do corpo onde as temperaturas são menores que 37°C, por isso são facilmente encontrados nas lesões da pele, mucosa nasal e nervos periféricos. A sua gravidade se deve à facilidade que o bacilo tem de adentrar as células de Schwann causando as graves neuropatias responsáveis pelas deformidades e incapacidades físicas (ALVES et al., 2014).

As incapacidades físicas eram e continuam sendo as responsáveis pelo afastamento do indivíduo da sociedade e de suas atividades laborais. Com o passar do tempo, o não tratamento desta doença faz agravar a sua condição de saúde acometendo outros nervos e causando deformidades muitas vezes irreversíveis ou até mesmo a perda de membros.

Contudo, em 2010, no Brasil, o coeficiente de prevalência da doença foi de 1,56 casos/100.000 hab. e o coeficiente geral de detecção de 18,2 casos/100.000 hab. sendo considerado de médio risco conforme padronização oficial. Os estados com maior número de casos novos registrados encontram-se nas regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste. No decorrer do tempo houve uma redução da detecção dos casos novos diminuindo, por conseguinte, a

carga da doença. Isto é observado através da redução do número de adoecidos em tratamento e de casos diagnosticados com lesões incapacitantes de grau dois (ALVES et al., 2014).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2017), foi notificado de janeiro a abril de 2015 um total de 174.608 casos registrados e 210.758 casos novos registrados em 136 países. A Ásia possui a taxa de detecção de casos novos de 8,1 casos/100.000 hab. seguida das Américas com 3,2 casos/100.000 hab. Neste contexto, a Índia teve destaque com 127.326 casos novos, que equivale a 60% do total de casos novos diagnosticados no mundo e o Brasil, considerado o segundo país em número de casos novos da doença registrou 26.395 casos novos, equivalente a 13% do total de casos novos no mundo. A Indonésia apresenta 8% do total de casos novos registrados no mundo, equivalente a 17.202 casos novos.

Na Bahia em 2013 o coeficiente de detecção de casos novos foi de 15,44/100.000 hab. Em 2014 foram detectados 2.617 casos novos sendo 62,4% dos casos da forma multibacilar da doença e 188 casos novos em menores de 15 anos, o que demonstra diagnóstico tardio e transmissão ativa e recente da doença (BRASIL, SBH; 2015).

De acordo com o SINAN (BRASIL, 2017), em Feira de Santana, no ano de 2014, foram detectados 89 casos novos da doença e, em 2015, 74 casos novos. Porém, vale salientar, que o número de casos multibacilares (transmissor da doença) se destaca, sendo de 64,04% dos casos em 2014 e de 68,57% em 2015.

É considerada uma das doenças mais antigas da sociedade e para atender os indivíduos que eram acometidos pela doença nas primeiras décadas do século XX, foram criados asilos longe das cidades excluindo-os do convívio da sociedade por medo da sua transmissão. Há relatos de que algumas famílias, em meados de 1940, construíam um cômodo a parte para que o doente pudesse ficar sem ter contato algum com os outros familiares. O alimento era levado até eles para que não saíssem daquele ambiente de reclusão (CARRIJO, SILVA; 2014).

Eles eram vistos como indivíduos que foram castigados por Deus ou uma praga divina, inspiravam nojo, repugnância e medo. Eram portadores de um estigma por possuírem algo de diferente que dificultava a aceitação social. Por existir o estigma, o sujeito deixa de ter sua vida plena passando a ser alvo de diversas formas de discriminação contribuindo ainda mais para seu isolamento social (BITTENCOURT et al., 2010).

Toda esta construção do estigma, da exclusão, sofridos pelo indivíduo acometido pela hanseníase vêm da tradução da Bíblia da língua hebraica para o grego onde se faz referência ao '*tsaraat*' que é uma doença altamente contagiosa e com manifestações cutâneas, e que pela

sua característica estigmatizante, excluía os indivíduos do convívio da sociedade. A ‘tsaraat’, ao ser traduzido para o grego, passou a se chamar lepra, terminologia utilizada inicialmente no ocidente (ALVES et al., 2014). Por ser uma doença antiga e muito temida devido à sua característica mutiladora e incurável, contagiosa, os indivíduos que apresentavam a doença eram isolados. Por isso surgiu o estigma da doença e o preconceito em relação ao doente. Daí percebe-se a grande dificuldade para amenizar este estigma, pois é considerada uma característica muito complexa. Uma das formas que o Brasil utilizou para amenizar o estigma foi modificar o nome lepra para hanseníase, fazendo menção ao descobridor do bacilo Gerhard Armauer Hansen (NUNES et al., 2011).

A nomenclatura “lepra” estava enraizada de preconceito, exclusão e discriminação pelo indivíduo adoecido. A sua construção histórica contribuiu fortemente para que estas atitudes perdurem até hoje. Ao modificar o nome dado para a doença, o Ministério da Saúde buscou desconstruir um conceito anterior impregnado de preconceito. Porém, esta desconstrução precisa ser efetivada através do empoderamento deste usuário.

A sustentação científica para o isolamento como uma forma de cuidado foi instituído no século XIX, após a Primeira Conferência Internacional de Leprologia, quando ainda não se sabia a forma de transmissão da doença e que foi proposta pelo médico Gerard Armauer Hansen onde descobriu, após várias pesquisas, que se tratava de uma doença causada por um bacilo e não uma doença genética. No Terceiro Congresso Internacional de Leprologia, em 1923, na França, já iniciava o questionamento a respeito do isolamento, pois mesmo com esta medida, o número de casos não diminuía (BORENSTEIN et al., 2008).

Porém, com o surgimento do tratamento poliquimioterápico (PQT), uma combinação de medicamentos de baixo custo e muito eficazes, os indivíduos que apresentavam a doença eram tratados. Mas mesmo com um tratamento eficaz, o preconceito, o estigma que a história trouxe a respeito da doença permanece até hoje. O que aumenta também este estigma é a falta do conhecimento a respeito da doença, de sua transmissão, do tratamento (CID et al., 2012).

A Hanseníase tem cura, porém, mesmo com o advento do tratamento prolongado, a realidade vivida pelos adoecidos é de dificuldade de diagnóstico por parte dos profissionais que não estão sensibilizados para tal e quando diagnosticado este indivíduo já transmitiu a doença para inúmeras pessoas do seu convívio. Além disso, a dificuldade enfrentada pelas equipes de avaliação destes contatos de forma a evitar a disseminação da doença. Com isso, podemos observar uma permanência elevada do coeficiente de detecção de casos novos.

Devido a todo este histórico a respeito da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem um grande objetivo que é eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. A meta era alcançar este objetivo no ano 2000. Porém, continua com alta endemicidade principalmente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (NUNES et al., 2011). Com a instituição da poliquimioterapia, a OMS buscou reduzir a prevalência a um caso a cada dez mil habitantes. Em 2003, dos 122 países que tinham a hanseníase como problema de saúde pública, 113 países conseguiram eliminá-la. No Brasil, a meta que era para ser alcançada no ano 2000 foi prorrogada para 2005. Portanto, ainda não foi alcançada (RAPOSO, 2011).

Portanto, é considerada uma doença de grande relevância para a saúde pública pelo importante aspecto que é o de causar incapacidade física quando não tratada adequadamente ou quando há um diagnóstico tardio. Além disso, tem um grande impacto psicossocial principalmente por seu elevado poder incapacitante (ARANTES et al., 2010).

Contudo, a história da doença comprova a exclusão sofrida pelo adoecido de hanseníase. Ainda existe uma grande discriminação ao indivíduo causando isolamento social. Os indivíduos eram colocados em um Hospital colônia e afastados do convívio da sociedade ferindo os direitos humanos, e, ao sair dos Hospitais após tratamento estes indivíduos eram isolados da sua família e da sociedade (CID et al., 2012).

O estigma da doença ainda é muito presente na sociedade por todo seu contexto histórico de isolamento e ainda hoje os adoecidos sofrem com a discriminação e por vezes os obrigam a omitir, a esconder o diagnóstico da doença. No entanto, em alguns usuários, os sinais apresentados são visíveis tornando aparente a doença o que favorece a sua exclusão.

2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (RS) foi introduzida na Psicologia Social em 1961 por Serge Moscovici através do seu trabalho intitulado *La psychanalyse, son image et son public* (1961, 1976), a respeito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense, do processo de sua transformação para outros usos e funções sociais. O autor estava desenvolvendo uma psicossociologia do conhecimento. O seu objetivo era redefinir os problemas e os conceitos da psicologia a partir desse fenômeno (SPINK, 1993).

Este trabalho desenvolvido por Moscovici apresenta um conceito de representação social cuja raiz deste processo está na apropriação do conhecimento de um grupo, que o

reelabora e redefine um novo conhecimento. Portanto, a representação social da psicanálise é uma reconstrução de um conceito realizada por um grupo da teoria psicanalítica. Moscovici retoma o conceito de representações coletivas de Durkheim: o caráter social e sua independência em relação ao substrato social que as gera. A teoria das RS deve ser entendida como uma teoria sobre como novos saberes são produzidos e apropriados pela sociedade. Os sujeitos constroem coletivamente a realidade social (CHAMON; GUARESCHI; CAMPOS, 2014).

A teoria tem o potencial de entendimento sobre um objeto. Consegue sistematizar, descrever, compreender, explicar e transformar os fenômenos. Acredita-se que a teoria das RS não apenas descreve e analisa os fenômenos e sim tem o poder de transformação. Moscovici já chamava a atenção para a criatividade das RS tanto pelo conteúdo gerado como pela sua transformação (CHAMON; GUARESCHI; CAMPOS, 2014).

Portanto, é necessário um pertencimento sobre o objeto de estudo para que um determinado grupo o reconheça e formule suas inferências a respeito do mesmo. Além disso, o grupo deve manter uma comunicação a respeito deste objeto, uma vivência em seu cotidiano para que o mesmo possa ser reconhecido como objeto de representação social. Isto influencia na forma de como o sujeito reage a determinadas situações corriqueiras de sua vida.

Desde o surgimento desta teoria, esta é caracterizada como um saber organizado e dinâmico, sempre em construção com o objetivo de orientar o sujeito em sua práxis. Moscovici situa a RS como sendo um conhecimento particular cuja função seria a elaboração de atitudes e comportamentos e a comunicação entre os sujeitos (MOREIRA et al., 2005).

Por ser um conhecimento que sofre a influência do contexto histórico, político, econômico, social, ele está em constante transformação. E este saber, oriundo do senso comum, é que vai nortear as ações desenvolvidas por um determinado grupo, influenciando na tomada de decisão diante de uma determinada situação.

Este dinamismo que vem da teoria provoca questionamentos, contradições, dimensões críticas que podem levar a mudanças e transformações. O social é representado por múltiplos acontecimentos, elementos e experiências e segundo Moscovici é “uma relação triangular complexa, em que cada um dos termos é totalmente determinado pelos outros dois... o triângulo Sujeito-Outro-Objeto é crucial para esta discussão, pois é o único esquema capaz de explicar e sistematizar o processo de interação”. Portanto, o social é considerado uma relação com e entre indivíduos, é singular e múltiplo ao mesmo tempo (CHAMON; GUARESCHI; CAMPOS, 2014).

A complexidade do fenômeno advém da necessidade de desconstruir a dicotomia entre individual e coletivo, pois o pensamento individual adentra o pensamento social e a partir daí eles se modificam, se transformam. A pesquisa cuja teoria é das RS, surge para compreensão da elaboração e transformação das representações através de determinações sociais, ou o seu funcionamento e eficácia na interação social. O conhecimento não pode ser apenas produzido a partir de concepções individuais, pois a realidade social contribui para um conhecimento vivenciado pelo indivíduo e que pode modificá-la (SPINK, 2004).

Então, o fenômeno se apresenta ao indivíduo, que ao se relacionar com outros sujeitos através da comunicação, transforma o fenômeno. Há uma desconstrução do conceito existente, seguida de uma construção de um conceito novo a partir das interações sociais presentes neste contexto. Com isso, o conhecimento é construído coletivamente a respeito de um objeto.

Portanto, uma RS leva em consideração os pontos de vista dos sujeitos e dos grupos através de uma comunicação e da maneira como os mesmos se expressam. Por isso o dinamismo da sociedade que este mesmo grupo faz parte. A partir destas expressões apresentadas pelo grupo, e que são comuns a todos os sujeitos, é que gera uma representação de um grupo por um determinado objeto. Assim, a pesquisa tem como característica a subjetividade constituída na relação entre o sujeito e a sociedade, com suas crenças, comportamentos, sobre o qual são desenvolvidas diferentes práticas e relações sociais (GONÇALVES; SOUSA, 2014).

Serge Moscovici, retomou o pensamento de Durkheim (representação coletiva), enfatizando as especificidades dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas caracterizadas por intensidade e fluidez das trocas e conhecimentos, das tecnologias, pluralidade e mobilidade sociais. Além disso, é uma forma de conhecimento, elaborada socialmente e compartilhada entre os sujeitos com objetivo de contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. As RS orientam e organizam a vida individual e social, a expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001).

As representações sociais têm grande importância na dinâmica das relações sociais e possui quatro funções que a sustentam: a função do saber que permite compreender e explicar a realidade; a função identitária que define a identidade pessoal e social garantindo a proteção da sua especificidade; a função de orientação onde é definido o que é permitido, tolerado e ilícito em um contexto social e a função justificadora que tem como objetivo preservar e justificar a diferenciação social o que pode agravar a discriminação (REIS; BELLINI, 2011).

Por isso mesmo, Moscovici considera esses conjuntos de conceitos, afirmações e explicações acerca das RS, como teorias do senso comum com interpretações que influenciam na construção das realidades sociais. O mesmo autor considera a existência de dois universos de pensamentos: os universos consensuais e os universos reificados. Neste último, encontramos a ciência e o pensamento erudito, em geral, com sua objetividade, rigor metodológico, compartimentalização em especialidades e hierarquização. Aos universos consensuais competem as atividades de interação social do cotidiano pelas quais são produzidas as representações sociais. Porém, os universos consensuais que são construídos provêm de universos reificados (SPINK, 2004).

Para Jodelet (2009), as RS podem ser relacionadas a três esferas de pertença. A da subjetividade, intersubjetividade e transubjetividade. Toda representação social é relacionada a um objeto e a um sujeito. Os sujeitos devem ser concebidos não como indivíduos isolados, mas como atores ativos dentro da sociedade que são afetados por diferentes aspectos da vida cotidiana em um contexto social de interação e de inscrição.

As Representações Sociais são construídas coletivamente após serem compartilhadas, o que contribui para elaboração de comportamentos e estimula a comunicação entre os indivíduos. Portanto, uma forma de conhecimento elaborado e compartilhado socialmente com um objetivo prático contribuindo para a construção de uma realidade comum a todos. É considerado o saber do senso comum, é uma forma diferenciada de conhecimento, porém é tão importante quanto o conhecimento científico, devido a sua grande importância na vida social, principalmente na descoberta do processo de interação social (MERCÊS, 2009).

Portanto, sujeito e objeto não são distintos e sim indissociáveis. Isto porque o objeto não existe por si só, mas necessita de um sujeito que se relacione com este objeto. É esta relação que determina o objeto. Ao representar um objeto, o sujeito dá um significado a partir de suas crenças, valores que dependem do seu contexto histórico e social. Isto permite ao sujeito dar um sentido à sua conduta diante da realidade e compreendê-la e adaptar-se a ela de forma a definir seu lugar (MAZZOTTI, 2002).

Portanto, o sujeito interage com o seu meio de forma a transformá-lo e dar sentido a uma realidade comum a todos. É uma forma de como este indivíduo se comporta diante de um determinado objeto. Esta é a importância de se conhecer a representação que um determinado grupo tem de um determinado objeto, pois o seu comportamento diante do mesmo surge desta representação.

3 METODOLOGIA

Método é a linha de raciocínio que devemos utilizar para responder a uma pergunta de pesquisa, para alcançar os objetivos traçados. Portanto, é um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de alcançar o conhecimento. É o instrumento básico que ordena o pensamento e traça procedimentos para atingir o objetivo do pesquisador (PRODANOV, FREITAS; 2013).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (RS), busquei, através de técnicas projetivas, a valorização dos conteúdos apresentados pelos usuários acerca do tema em questão, principalmente por facilitar o resgate do conteúdo latente.

Nesta abordagem o ambiente natural é a fonte de dados e o pesquisador é o seu principal instrumento. Os dados coletados são na maioria das vezes descritivos. A preocupação com o processo em si é muito maior do que com o produto. O significado dado às coisas e a sua visão é o foco principal para o pesquisador. A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (LUDKE; ANDRÉ, 1996). Além disso, consiste em uma investigação de pesquisa empírica com a finalidade de analisar as características de fatos ou fenômenos, de programa ou isolamento de variáveis principais (MARCONI; LAKATOS, 2003).

O uso do método qualitativo neste estudo se justifica por ser um tipo de abordagem que se aplica aos estudos das representações, das percepções, das opiniões proporcionando a discussão de novas abordagens a respeito do tema (MINAYO, 2010). Além disso, trabalha com significados, motivos, crenças e atitudes enquanto fenômenos humanos, vivenciados individualmente a partir de uma realidade social (MINAYO, 2011).

A hanseníase é um fenômeno de representação social que deve ser explorado devido a sua importância como problema de saúde pública e ao resultado negativo na vida social de cada indivíduo por causa das suas complicações (incapacidades físicas, mutilações) e do seu contexto histórico baseado no estigma. O objeto de pesquisa delimitado foi o acolhimento no programa, por ser um objeto de relevância e sua representação social importante para contribuir com uma transformação da realidade apresentada, tanto na conduta dos

profissionais em seu processo de trabalho como na atuação dos gestores garantindo uma assistência resolutiva a este grupo.

Este estudo permite a tradução do que o senso comum traz a respeito da expectativa de acolhimento que os usuários do serviço de hanseníase almejam, possibilitando uma (re) elaboração de conceitos importantes que viabilizem mudanças nas práticas dos profissionais, além da sensibilização dos gestores em contribuir fornecendo condições favoráveis para reorganização deste processo de trabalho. Vale salientar que estes conceitos não são determinados e sim passíveis de mudanças e depende do contexto histórico e social vivido pelo grupo em questão. Além disso, é um conceito que foi desenvolvido por este grupo em questão e não deve ser considerado um conceito para todos os adoecidos de hanseníase, pois depende do contexto histórico e social em que os sujeitos estão inseridos.

Foi fundamentado na TRS de Moscovici que, segundo Jodelet (2001), é importante estar informados sobre o que acontece no mundo à nossa volta, permitindo nos ajustar a ele, identificar problemas e tomar decisões. Para isso criamos representações. Estas, por sua vez, nos permitem nomear, definir e interpretar situações do cotidiano para tomada de decisão e posicionar-se diante delas.

A escolha pela TRS surgiu da necessidade de compreender o conhecimento, as informações trazidas pelos usuários acerca de suas vivências desde o diagnóstico até os dias atuais e como representam o acolhimento no Centro de Saúde Especializado em se tratando da Hanseníase, uma doença historicamente estigmatizada. A partir daí traçar estratégias que possam transformar a realidade vivenciada a partir da concepção dos sujeitos em questão.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Centro de Referência para Hanseníase, situado no Centro de Saúde Especializado Dr. Leone Leda Coelho (CSE) no município de Feira de Santana – BA. A escolha do Centro de Saúde Especializado ocorreu por ser referência para atendimento aos adoecidos em Hanseníase do município e de algumas regiões pactuadas, pois o atendimento a este grupo ainda é centralizado. No Setor de Hanseníase, o trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional. Consta em seu quadro profissional por: duas enfermeiras, quatro médicos dermatologistas, três fisioterapeutas, um assistente social; cinco técnicos de enfermagem e dois assistentes administrativos. A escala é organizada para atender às necessidades do serviço.

O fluxo de atendimento ocorre da seguinte forma: todo usuário que apresenta sintomatologia compatível com a hanseníase ou qualquer outra alteração dermatológica, comparece ao serviço em busca de uma avaliação. Este atende a toda demanda espontânea. O primeiro contato é realizado pela recepção que o encaminha para uma consulta com o enfermeiro da unidade que o avalia. A partir daí, se for um caso suspeito de hanseníase, o enfermeiro faz os devidos encaminhamentos e solicitações dos exames complementares iniciais. O enfermeiro encaminha para consulta médica para diagnóstico da doença. Após diagnóstico, os usuários são encaminhados para avaliação com fisioterapeutas para verificação de presença de incapacidades e prescrição da terapêutica adequada. Além disso, o usuário é encaminhado para avaliação com o assistente social onde serão avaliadas as necessidades de cada indivíduo, dentre elas, o afastamento das atividades laborais, necessidades de locomoção para tratamento na unidade (ajuda referente ao passe livre para deslocamento) e encaminhamentos para outros serviços especializados.

Para acesso ao atendimento médico, é feito um agendamento após consulta de enfermagem que, a depender da necessidade, prioriza este atendimento. Porém, como existe uma demanda reprimida e devido à centralização do serviço, há uma espera longa para agendamento desta consulta. Os técnicos de enfermagem desempenham o papel de dispensação de medicamentos, triagem e administração da vacina BCG, quando necessário, além de orientações sobre o tratamento e a importância da continuidade do mesmo. Contamos também com um posto de coleta de material para realização da baciloscopia, cujo preparo do material e leitura das lâminas são realizados pelo profissional bioquímico na própria unidade. Os exames complementares são coletados e encaminhados para um laboratório do município ou conveniados.

O serviço atende mais de 400 usuários, sendo que destes, 90 estão em tratamento para hanseníase e os demais fazem tratamento para reação hansênica. No momento, existe o transporte que é agendado para realização de visitas domiciliares e busca ativa de faltosos. Com relação à avaliação dos contatos, há limitações neste indicador, pois, como o serviço é centralizado, há uma dificuldade do seu comparecimento ao serviço de referência. Este é um indicador importante para avaliação do Programa de Controle da Hanseníase, pois favorece a quebra no ciclo de transmissão da doença.

O Centro Especializado está localizado no município de Feira de Santana que possui uma população estimada de 617.528 habitantes, sendo a maioria do sexo feminino. Sua área territorial equivale a 1.337,993 Km². Está a 110 Km da capital, Salvador. É uma importante

cidade por causa do comércio e por estar em um entroncamento rodoviário facilitando a migração de pessoas em busca de melhores oportunidades (IBGE, 2010).

De acordo com a coordenadora do serviço de referência, o número de casos de hanseníase em Feira de Santana, registrados em campanha de rastreamento nas escolas entre os meses de setembro de 2013 a setembro de 2014, observou-se o crescimento de 7% dos casos notificados, sendo registrados 114 novos casos confirmados pela Secretaria de Saúde nos meses de janeiro a setembro de 2014, enquanto que em todos os meses de 2013 foram diagnosticados 106 casos (JORNAL FOLHA DO ESTADO, 2014).

3.3 PARTICIPANTES INCLUÍDOS NA PESQUISA

Participaram deste estudo 19 (dezenove) usuários atendidos no Centro de Referência de Hanseníase que atenderam aos seguintes critérios para inclusão: idade maior ou igual a 18 anos; estavam em tratamento para hanseníase, apresentavam incapacidade física por causa da doença e/ou estavam em tratamento de reações hansênicas; residir no município de Feira de Santana – BA. Não serão incluídos: aqueles que apresentem mal estar ou qualquer outro sintoma que os impeçam de participar da pesquisa.

Dos 19 participantes, 02 (10,52%) encontram-se na faixa etária de 18 a 39 anos, 16 (84,22%) na faixa etária de 40 a 69 anos e 01 (5,26%), na faixa etária de 70 a 89 anos. Quanto ao tempo de tratamento 11 participantes (57,89) fizeram por doze meses; 03 (15,8%) em seis meses; 02 (10,53%) estavam no décimo primeiro mês de tratamento; 01 (5,26%) estava no sétimo mês; 01 (5,26%) estava no segundo mês de tratamento e 01 não soube informar. Quanto ao tempo de diagnóstico 04 (21,1%) estavam entre 6 meses a 1 ano; 05 (26,32%) entre 2 anos a 5 anos; 09 (47,32%) entre 6 anos a 10 anos e 01 não soube informar. Com relação à reação hansênica, 10 (52,6%) apresentam reação e 08 (42, 1%) não apresentam. Quanto à escolaridade, 02 (10,53%) concluíram a educação infantil; 08 (42,1%) apresentam o ensino fundamental incompleto, 01 (5,26%) ensino fundamental completo; 02 (10,53%) ensino médio incompleto; 05 (26,32%) ensino médio completo e 01 (5,26%) não alfabetizado.

O tempo de tratamento para hanseníase ou reação hansênica dos participantes foi importante para a análise do conteúdo do material coletado, pois este contato por um tempo prolongado com a equipe e com outros usuários do serviço favorece uma (re) elaboração do conceito de acolhimento para este grupo específico.

Embora este estudo se tratar de uma pesquisa qualitativa, e este tipo de abordagem não preocupar-se com o quantitativo de participantes, a coleta de dados se encerrou no momento que observamos que os conteúdos apresentados contemplavam os objetivos da pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo os princípios éticos da pesquisa, enviei um ofício elaborado pela Coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem para ser entregue à Secretaria Municipal de Saúde e ao Centro de Saúde Especializado – referência em Hanseníase, solicitando permissão para realização do estudo. Em seguida, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) e aprovado sob parecer nº 1.712.962, CAAE – 57532916.8.0000.0053.

Inicialmente, foram contactados os prováveis participantes da pesquisa para explicar sobre o projeto e os objetivos do estudo em questão. Cada participante foi abordado no grupo de fisioterapia após as sessões de tratamento onde foi apresentado todo esclarecimento necessário sobre a pesquisa para poderem decidir se participariam ou não do estudo, principalmente sobre os riscos e benefícios. Aproveitei o momento em que os usuários estavam realizando a fisioterapia em grupo para me apresentar e explicar os objetivos da pesquisa e sua metodologia. No momento, percebeu-se que os usuários queriam participar da pesquisa até mesmo como forma de ser ouvido.

Dentre os benefícios destacamos que este estudo permitiu valorizar a opinião e as vivências dos usuários do serviço na construção de novos conhecimentos sobre como acontece o acolhimento, além de possibilitar reflexões e avaliação sobre os serviços oferecidos às pessoas com hanseníase. Dentre os riscos poderia ocorrer constrangimento para o usuário, o estigma e a discriminação. No entanto, para garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, o encontro foi realizado em uma sala reservada com atendimento individual estando apenas a mestrande e o participante. Antes de aplicar o instrumento, foi solicitada a permissão para gravação dos relatos e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os usuários e solicitei que assinassem as duas vias conforme preconiza a resolução 466/2012 (Apêndices A). Uma via foi entregue ao usuário com a assinatura do pesquisador e a outra ficou em poder do investigador. A pesquisa garante o retorno dos resultados para a instituição e para os usuários e pode contribuir para o

desenvolvimento do Programa de Hanseníase no município. O usuário não teve nenhuma despesa ao participar da pesquisa.

As pesquisadoras não foram remuneradas para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberam benefícios financeiros para a sua participação e não houve despesas por parte dos mesmos, pois sua participação ocorreu nos dias de atendimento na unidade, não exigindo sua ida à unidade em outros dias nem gastos adicionais por conta da pesquisa.

De acordo com a Resolução de nº 466/2012 o participante teve o direito de aceitar ou não de participar da pesquisa e esta autonomia foi respeitada. Os procedimentos garantiram a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem. As informações que foram colhidas estão mantidas no anonimato, pois para identificação dos depoimentos e histórias foram utilizadas apenas a inicial E (entrevistado) seguido por um número ordinal aleatório em ordem crescente. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram realizadas pelo pesquisador em uma sala reservada após agendamento prévio com o participante.

Foi solicitada dos participantes a autorização para gravação dos relatos das atividades do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e Desenho-História com tema seguido de inquérito (DET-I). Após gravação das técnicas aplicadas, as falas foram transcritas da forma como foram relatadas e armazenadas em arquivo pessoal da pesquisadora para análise de conteúdo. Todos os dados coletados pela pesquisadora estão disponíveis no Núcleo de Pesquisa sobre corpo, gênero, representações e práticas de cuidado (COGITARE) para posterior utilização por outros pesquisadores. Após a defesa da dissertação, os sujeitos da pesquisa e os trabalhadores de saúde do Centro de Referência serão convidados a participar da socialização dos resultados em dia agendado no setor de Educação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde

Após conhecer os objetivos da pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam às técnicas projetivas: o Teste Livre de Associação de Palavras (TALP) e posteriormente produziram o Desenho História com Tema seguido de inquérito (DET-I).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela própria mestrandia em uma sala reservada para que o participante se sentisse confortável em desenvolver as atividades propostas. As técnicas de

coleta utilizadas foram o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e procedimento de Desenhos-Estória com Tema seguido de inquérito. O objetivo foi fazer com que o participante expressasse as informações a respeito do objeto de estudo e, a partir daí, garantir uma quantidade de informação suficiente para análise.

Portanto, a aproximação com o campo inicialmente foi favorecido pois a pesquisadora faz parte da equipe na gestão do Programa. O primeiro contato com os usuários aconteceu na sala de fisioterapia onde estavam realizando os procedimentos. Neste momento de apresentação da pesquisadora, a mesma explicou sobre a pesquisa que estava desenvolvendo e de sua importância para transformação das práticas dos trabalhadores de saúde. A partir daí, foram convidados a participar deste momento de forma individual em um local reservado anteriormente. Então, observou-se a necessidade que este grupo em particular tem em relatar suas experiências vividas antes, durante e após o diagnóstico da hanseníase, pois não houve resistência de nenhum usuário em participar deste momento.

3.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

Esta técnica tem como base a associação de ideias proposta por Aristóteles. É muito utilizada em pesquisas voltadas para Psicologia Social mais especificamente àquelas voltadas para as Teorias das Representações Sociais, como é o caso do estudo em questão. A técnica é projetiva, ou seja, atua diretamente na estrutura psicológica do indivíduo por meio de estímulos indutores que podem ser verbais ou não verbais, evidenciando aspectos da personalidade ou suas representações acerca do objeto de estudo (TAVARES et al, 2014).

São necessárias para sua aplicabilidade quatro condições: estimular, observar, registrar e obter comunicação. Podem ser divididos em três momentos distintos: primeiro momento a definição do estímulo deve corresponder ao objeto da pesquisa; segundo momento observação e registro; a comunicação está presente no terceiro momento onde teremos a resposta aos estímulos (TAVARES et al., 2014). Foi elaborado um roteiro para aplicação do TALP (Apêndices B).

Foi solicitado que o participante, após ouvir a expressão **“acolhimento à pessoa com hanseníase”**, verbalizasse cinco palavras ou expressões que viessem imediatamente à sua lembrança. Esta técnica permitiu que o participante se sentisse em um ambiente favorável para a realização da próxima etapa que era a confecção do desenho história.

3.5.2 Procedimento de Desenho-Estória com Tema seguido de Inquérito

Segundo Lemos (2007), as técnicas projetivas são de grande importância para a pesquisa qualitativa, pois, através delas, o pesquisador consegue mais informações a respeito do objeto de estudo. Não somente o que pode ser revelado, mas os aspectos inconscientes, a manifestação direta que o sujeito não quer ou não pode revelar. O Procedimento de Desenhos-Estórias é composto por cinco unidades de produção cada uma é formada por desenho livre, história, inquérito e título.

Levando-se em conta que as representações sociais estão presentes fortemente no inconsciente, é necessário o uso de técnicas especiais que permitam a sua captação. Assim são as técnicas projetivas, pois permitem o acesso ao inconsciente do indivíduo. O procedimento desenho-história é uma das técnicas projetivas mais flexíveis principalmente por se adaptar a diversos objetos sociais em grupos de participantes dos mais variados tipos (TRINCA, 1997).

Esta técnica consiste em solicitar do participante a realização de um desenho temático. Após o término do desenho, solicita-se que crie uma história sobre o mesmo. Pode ser aplicado de forma coletiva ou individual, a qualquer indivíduo, em qualquer faixa etária, o que lhe confere a versatilidade da técnica (TRINCA, 1997). Para isto, foi elaborado um roteiro para a atividade desenvolvida com questões pertinentes para que possam ser alcançados os objetivos (Apêndices B).

Entreguei ao participante um papel em branco e canetas coloridas para que desenvolvesse a atividade em tempo livre. Foi solicitado que desenhasse algo que representasse o acolhimento da pessoa com hanseníase nesta unidade de referência. Após o desenho, solicitei que contasse aquela história e lhe conferisse um título.

Para efeito deste estudo ao final da produção do desenho e da história os participantes também responderam a questões formuladas pela pesquisadora, contemplando uma parte considerada inquérito, que diz respeito a questões de interesse para exploração do objeto de estudo (Apêndice B).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Na análise foi examinada cada unidade de produção (Desenho + História + Inquérito + Título) segundo a estratégia holística de livre inspeção proposta por Trinca (1997), posterior à

inspeção foram realizadas sínteses por unidade de produção, e finalmente uma síntese global das quatro unidades.

No que se refere à análise dos desenhos, foi utilizado o modelo proposto por Coutinho (2005) que consiste em observação sistemática dos desenhos e temas; seleção dos desenhos por semelhança gráfica e/ou aproximação dos temas. Os materiais discursivos oriundos das histórias e inquéritos foram categorizados por meio da análise de conteúdo temática, de Bardin (2011), nas seguintes etapas operacionais:

- A pré-análise: é nesta fase onde ocorre a sistematização e organização das ideias. Os instrumentos utilizados foram separados e organizados. Neste momento retomei os objetivos da pesquisa e destaquei o conteúdo das falas dos participantes. A pré-análise é subdividida nas seguintes etapas: a leitura flutuante, onde houve um contato exaustivo com o material coletado para identificação das unidades de registro ou análise permitindo seguir para a próxima etapa que é a constituição do corpus, onde a organização do material se dá de acordo com a representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência. Foram extraídos do material as unidades ou parágrafos relacionados ao acolhimento à pessoa com hanseníase.

- A fase de exploração do material: houve a necessidade de fazer várias vezes a leitura de um mesmo material. Todo o material coletado foi recortado em unidades de registro. Elencamos categorias que emergiram dos relatos apresentados no material e agrupados de acordo com os temas. Assim os textos dos instrumentos foram agrupados tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais. Esta classificação se refere ao ordenamento por semelhanças ou divergências do conteúdo apresentado (SILVA; FOSSÁ, 2013). A categorização permitiu que fossem definidas as categorias e subcategorias apresentadas nos resultados deste estudo.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados brutos foram trabalhados para que pudessem revelar os significados. Com essas informações, as inferências e interpretações foram baseadas nos referenciais teóricos que fundamentaram o estudo sendo necessário o retorno à literatura para novas reflexões sobre o objeto.

4 RESULTADOS

A partir da análise do material empírico atenderam aos objetivos propostos por este estudo. Foram apreendidas as representações sociais acerca do acolhimento e compreendidas as vivências dos usuários a partir do diagnóstico da hanseníase.

Os resultados aqui apresentados foram organizados em dois artigos científicos apresentados a seguir: artigo 1 intitulado: Queremos ser tocados e ouvidos: representações dos usuários com hanseníase sobre acolhimento no centro de referência; e artigo 2 intitulado Vivências dos usuários frente ao diagnóstico de hanseníase.

Destacamos que cada um dos artigos já se encontra formatado no modelo das revistas: Ciência e Saúde Coletiva e Acta Paulista de Enfermagem.

4.1 ARTIGO 1

Queremos ser tocados e ouvidos: representações dos usuários com hanseníase sobre acolhimento no centro de referência

Fabiana Porto Silva¹, Evanilda Souza de Santana Carvalho¹

Resumo

Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais objetivou apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase. Realizado em um Centro de Referência do Tratamento e Controle da hanseníase, com 19 participantes. Os dados foram obtidos mediante Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e Desenhos Estória com Tema seguido de inquérito, em seguida submetidos a análise de conteúdo a partir da qual emergiram quatro categorias de representações do acolhimento: Ter sua experiência valorizada; Ter acesso ao tratamento; ser atendido como prioridade na rede de assistência; e Ser atendido em unidade equipada e confortável.

Palavras-chave: Acolhimento, Hanseníase, Psicologia Social, Humanização da Assistência.

Abstract

A qualitative study based on the Theory of Social Representations aimed at apprehending the representations of users about the host in the Leprosy Control Program. Developed at a Reference Center for the Treatment and Control of Leprosy, with 19 participants. The data were obtained through Free Word Association Test (TALP) and Story Design with Theme followed by survey, then submitted to content analysis from which emerged four categories of representations of the host: Have their experience valued; Have access to treatment; be served as a priority in the assistance network; and Be serviced in equipped and comfortable unit.

Key words: User Embrace, Leprosy, Psychology Social, Humanization of Assistance

Resúmen

El estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, tuvo como objetivo apprehender las representaciones de usuarios acerca de la acogida en el Programa de Control de la Hanseniasis. Realizado en un Centro de Referencia del Tratamiento y Control de la lepra, con 19 participantes. Los datos fueron obtenidos mediante Prueba de Asociación Libre de Palabras (TALP) y Dibujos de Historia con Tema seguido de encuesta, luego sometidos a análisis de contenido a partir de la cual surgieron cuatro categorías de representaciones de la acogida: Tener su experiencia valorada; Tener acceso al tratamiento; ser atendida como prioridad en la red de asistencia; y ser atendido en una unidad equipada y confortable.

Palabras clave: Acogida, Hanseniasis, Psicología Social, Humanización de la Asistencia

Introdução

A Hanseníase é considerada uma das doenças mais antigas com relatos de casos desde os tempos bíblicos e atualmente continua sendo considerado um relevante problema de saúde pública principalmente nos países em desenvolvimento¹.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde², no Brasil, em 2015, foram registrados 28.761 casos novos de hanseníase, já em 2016, os valores registrados foram 25.218 o que equivale a 23 casos novos para cada 100 mil habitantes. Os estados com maior incidência encontram-se nas regiões Norte, Centro-oeste e Nordeste, sendo que na Bahia em 2015 a incidência foi de 16,75/100.000 hab.

O diagnóstico precoce dos casos, o tratamento poliquimioterápico, a prevenção de incapacidades físicas, a vigilância dos contatos e a educação em saúde são consideradas estratégias utilizadas para tentar reduzir o coeficiente de prevalência. Assim, tem sido recomendado a descentralização das ações de vigilância para a Atenção Básica à Saúde (ABS), visando ampliar a assistência aos adoecidos através de uma rede que lhes assegure acesso, atendimento integral, acolhimento, vínculo e consequentemente maior resolubilidade às demandas dos usuários³⁻¹.

O acolhimento surge como um dispositivo que faz com que haja reflexão acerca da organização dos serviços de saúde favoreça o acesso universal, o resgate da equipe multiprofissional e sua qualificação nas relações com o usuário. Com o surgimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), o acolhimento é considerado como uma das diretrizes de maior relevância para operacionalização do SUS⁴. Porém, este termo vem sendo utilizado pelos profissionais de saúde, mas numa lógica conhecida como triagem⁵.

Na experiência de uma das autoras, frente à coordenação de um centro de referência às pessoas com hanseníase percebeu-se a necessidade de conhecer a perspectiva dos usuários

acerca do acolhimento. Assim, este artigo desenvolvido no âmbito do estudo de mestrado buscou como objetivo apreender as representações sociais de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase em um município do Estado da Bahia. As representações sociais são sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o contexto e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, servem de guia para compreensão do mundo, para tomada de decisões e enfrentamento da realidade⁶. Neste sentido, este estudo se justifica por contribuir para a compreensão da dimensão subjetiva do acolhimento ao atendimento de pessoas com hanseníase, e estimulando a reflexão dos trabalhadores sobre o saber/fazer frente a esse grupo.

Métodos

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na teoria das Representações Sociais, realizado no Centro de Saúde Especializado de Referência para Hanseníase, situado em um município do interior do estado da Bahia. A coleta de dados aconteceu no período de setembro a novembro de 2016.

Foram incluídos participantes que atenderam aos seguintes critérios: usuário do serviço de referência em Hanseníase com diagnóstico positivo para a doença, ou em tratamento de reação hansênica, ou em reabilitação por incapacidade física causada pela doença. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer nº 1.712.962, CAAE – 57532916.8.0000.0053.

Participaram 19 usuários, que após conhecer os objetivos da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam a técnicas projetivas, o Teste Livre de Associação de Palavras (TALP) e posteriormente produziram o Desenho Estória com Tema seguido de inquérito (DET-I).

Os dados foram obtidos em ambiente privativo de um consultório da unidade de saúde, com a presença apenas do entrevistado e da mestranda. As entrevistas tiveram a duração mínima de 10 minutos e máxima de 40 minutos.

As técnicas projetivas dão mais liberdade ao sujeito em expressar suas idéias, crenças, pensamentos e representações por trazer perguntas com respostas não diretas, respostas essas que diz respeito às vivências do indivíduo em seu meio social⁷. Estas permitem apreender elementos que ofereça subsídio para ampliar o conhecimento a respeito do dinamismo da personalidade, identificar elementos de conflito, os desejos e suas relações com o meio social em que vive⁸.

No primeiro momento foi aplicado o TALP quando foi solicitado que o participante recordasse cinco situações ao apresentar os estímulos “Acolhimento à pessoa com hanseníase”, “acolhimento à pessoa com hanseníase nesta unidade”.

Em seguida os participantes foram estimulados a desenvolver o DET-I. Esta técnica combina elementos gráficos e verbais permitindo à pessoa expressar crenças, vivências, opiniões e representações⁷⁻⁸. Para sua aplicação os participantes foram convidados a desenhar algo que representasse o acolhimento à pessoa com hanseníase na unidade de Referência em que são atendidos. Em seguida foi solicitado que olhassem para o desenho produzido e relatasse uma história e lhe conferisse um título. Ao final a mestranda realizou o inquérito que diz respeito à formulação de questões relacionadas ao objeto do estudo, nesta fase os relatos foram gravados. Todo o material empírico produzido foi submetido à análise de conteúdo com observação dos desenhos, leitura flutuante dos conteúdos das histórias, categorização dos conteúdos apresentados e síntese⁷.

Resultados

Participaram deste estudo 19 adultos, destes, 02 (10,52%) encontram-se na faixa etária de 18 a 39 anos, 16 (84,22%) na faixa etária de 40 a 69 anos e 01 (5,26%), na faixa etária de 70 a 89

anos. Quanto ao tempo de tratamento 11 participantes (57,89) fizeram por doze meses; 03 (15,8%) em seis meses; 02 (10,53%) estavam no décimo primeiro mês de tratamento; 01 (5,26%) estava no sétimo mês; 01 (5,26%) estava no segundo mês de tratamento e 01 não soube informar. Quanto ao tempo de diagnóstico 04 (21,1%) estavam entre 6 meses a 1 ano; 05 (26,32%) entre 2 anos a 5 anos; 09 (47,32%) entre 6 anos a 10 anos e 01 não soube informar. Com relação à reação hansênica, 10 (52,6%) apresentam reação e 08 (42,1%) não apresentam. Quanto à escolaridade, 02 (10,53%) concluíram a educação infantil; 08 (42,1%) apresentam o ensino fundamental incompleto, 01 (5,26%) ensino fundamental completo; 02 (10,53%) ensino médio incompleto; 05 (26,32%) ensino médio completo e 01 (5,26%) não alfabetizado.

Após análise do material empírico, emergiram as seguintes categorias e subcategorias descritas na Figura 1.

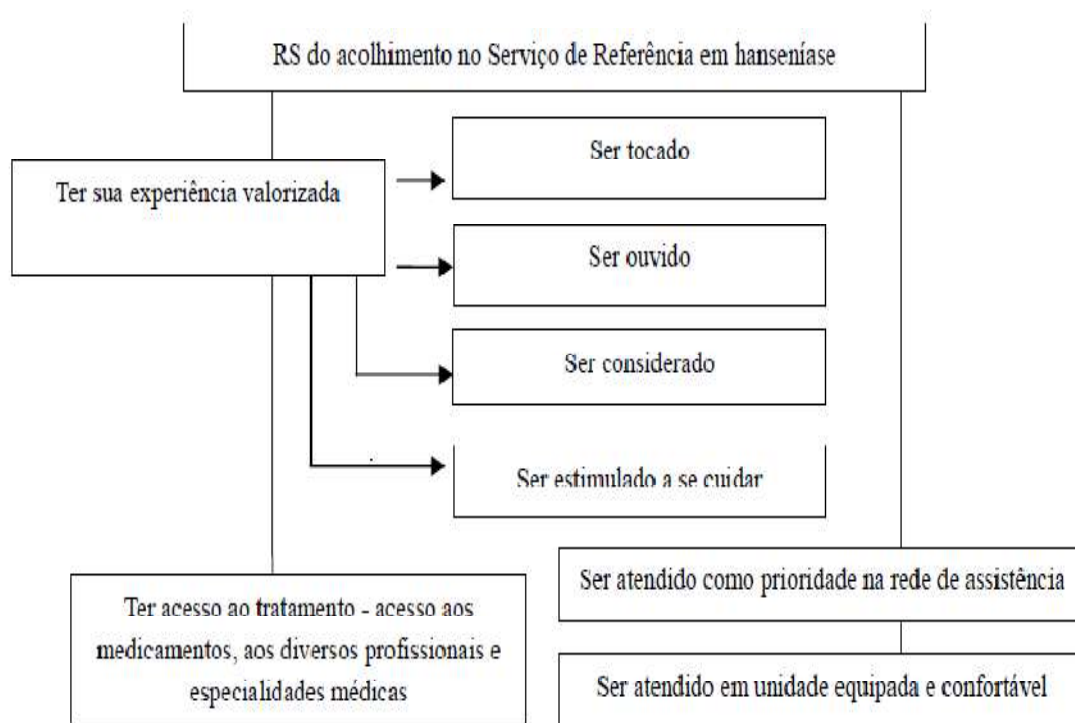


Figura 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas – Acolhimento à pessoa com hanseníase: representações sociais dos usuários - Feira de Santana, Bahia 2017.

Ter sua experiência valorizada: ser tocado, ser ouvido, ser considerado, ser estimulado a se cuidar

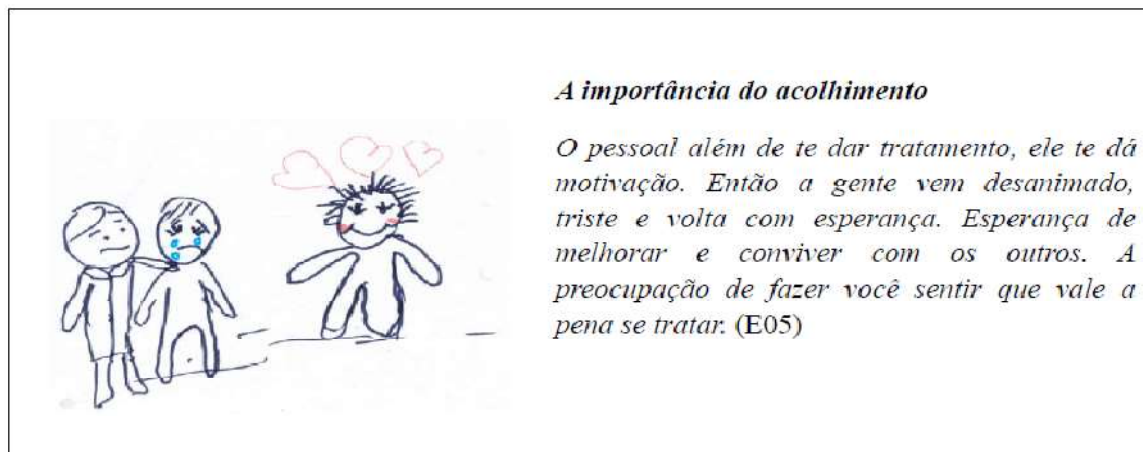


Figura 2 – A importância do acolhimento. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia 2017.

Os participantes do estudo relatam o desejo em ser ouvido pelo profissional a respeito de suas necessidades. O tempo dispensado a cada cliente nesta escuta é valorizado e relacionado ao acolhimento. Respeitá-lo também como cidadão e atendê-lo sem discriminação e com cordialidade fazem parte de suas expectativas quanto ao acolhimento.

Então, na área da fisioterapia, eu vejo isso, na área da triagem também, as meninas têm preocupação, vem, faz pergunta, tem paciência. Às vezes a gente quer conversar, elas param, escutam. É uma pessoa que demonstra paciência. Coisa que eu acho raro de encontrar. Eu encontrei acolhimento. (E05)

Aí você me viu, (...) não me tratou como se eu fosse uma qualquer aí. (...) eu fui lá e ninguém me atendeu bem, nem me falou o que é que eu tinha. Tem setor que a gente chega e é assim. (E10)

É me aceitar como eu sou, qualquer um pode ter a doença. (E15)

(...) é um bom médico para passar um medicamento para as pessoas, mas ele é muito grosso com os pacientes (...). Ele disse que o médico era ele. (E07)

Um aspecto valorizado é a cordialidade, o tratar bem. Ser prontamente atendido de

forma que lhe promova o bem-estar, lhe motive a continuar o tratamento, lhe informe sobre a doença, suas complicações e o tratamento. Este é um ambiente em que há interação, permeado por cordialidade, gentileza, intencionalidade, trocas de experiências entre usuários/trabalhadores e usuários/usuários permitindo a compreensão sobre a doença e motivando o autocuidado.

Tratar a pessoa bem, você chegar e não deixar o outro lá de canto (...). (E11)

(...) fazer você se sentir bem, se sentir valorizado, que vale a pena se tratar. (...) ele te dá motivação. (E05)

Porque eles recebem a gente bem (...). Nunca fui maltratada. (E10)

A pessoa chega no setor e é bem recebido e bem orientado. (E07)

Fui bem atendida porque as meninas me tratam muito bem. Elas tratam as pessoas com amor e carinho e é tudo que importa. (E19)

Com isso, os usuários relatam que para se sentir acolhido é necessário o toque, o sentir o outro, sem medo, sem preconceito. Ao ser tocado, o usuário percebe como é valorizado, não se sente só. O profissional acolhe o usuário ao exercitar o toque em sua prática de cuidar.

As meninas da fisioterapia têm amor à profissão. Tocando na pessoa que talvez quase ninguém tocaria. Ele estava assim, sujo e ela veio com carinho passou álcool gel e ficou assim, diante daquele senhor, limpou o pé dele todinho. Era amor, você sentia que tinha amor no que ela estava fazendo. (E05)

Acolhimento é acolher aquelas pessoas que estão doentes, abraçar. (E06)

Eu me senti meio triste por estar com este problema que era grave. As pessoas ficavam sem querer chegar perto de mim. Mas ao mesmo tempo eu me sentia forte porque estava perto das pessoas que queriam cuidar de mim, queriam não, cuidam de mim. (E04)

Quando você sente um abraço, sente alguém lhe acolher, você está num caminho perdido e alguém chega e lhe acolhe, dá apoio, um incentivo positivo, aí você se sente bem.

(E06)

É retratada nas falas dos participantes a importância tanto da comunicação verbal que se dá através do diálogo, como da comunicação não verbal, representado pelos gestos, pelas expressões faciais, pelo humor e pela atenção dispensada a cada usuário. Até mesmo a relação que o profissional tem com sua profissão, realizando suas atividades com prazer foi informado nos relatos. É o profissional que desempenha suas atividades com compromisso e responsabilidade não visando apenas o lado econômico.

Porque o pessoal atende a gente aqui tudo alegre. Ninguém está de cara fechada. (...)Na fisioterapia é todo mundo com um sorriso feliz, nunca atende com cara feia. Se chega na recepção e não é bem informado, a pessoa sai muito mal, porque não teve o diálogo para informar direito. (E07)

Foram escolhidas mesmo pessoas de vocação, não só pelo dinheiro, mas são pessoas que estão aqui porque amam mesmo a gente, não têm preconceito. (E09)

Todos eles são felizes. Às vezes tem alguém que não está num bom dia e a gente tem que entender isso. Mas a equipe como um todo atende a gente direitinho. (E05)

Aqui nós estamos em uma sala com os nossos assistentes, terapeutas (fisioterapeutas), as cadeiras com as pessoas sentadas... e a terapeuta atendendo os pacientes e elas nos tratam com atenção. (E06)

Ao compartilhar as experiências vividas pelos usuários e informações através de palestras sobre a doença, o entendimento a respeito da hanseníase se torna compreensível. Ouvir as informações, as dúvidas, as angústias, o conhecimento que o usuário trás acerca da doença favorece o seu diagnóstico, visto que existem relatos da dificuldade dos profissionais médicos em realizá-lo.

Viver em grupo. Porque um ajuda o outro, trocando experiências. Eu aprendi muitas coisas que eu nem sabia tanto com os outros pacientes como com as palestras que aqui tem.

(E02)

O fisioterapeuta mesmo é o que eu conheço e converso mais por aqui, é mais aberto. A gente fica muito à vontade. Eu converso com cada um que tem o problema, uns com a situação igual a minha e aprendo com o outro. (E09)

Os médicos mesmo tem dificuldade de diagnosticar a doença. Eu quando vim pra aqui, eu mesma descobri que era hanseníase. Fiz os exames e deu tudo negativo. O médico virou pra mim e disse que não era hanseníase. E eu disse que era. Pedi um novo exame, a biópsia e acusou. (E07)

A médica disse que era uma bactéria. Eu passei por muitos médicos. Eu passava a pomada e não sumia. E aí eu falei: vou lá nesse negócio de hanseníase. Não ficava boa. (E13)

Ter acesso ao tratamento - acesso aos medicamentos, aos diversos profissionais e especialidades médicas

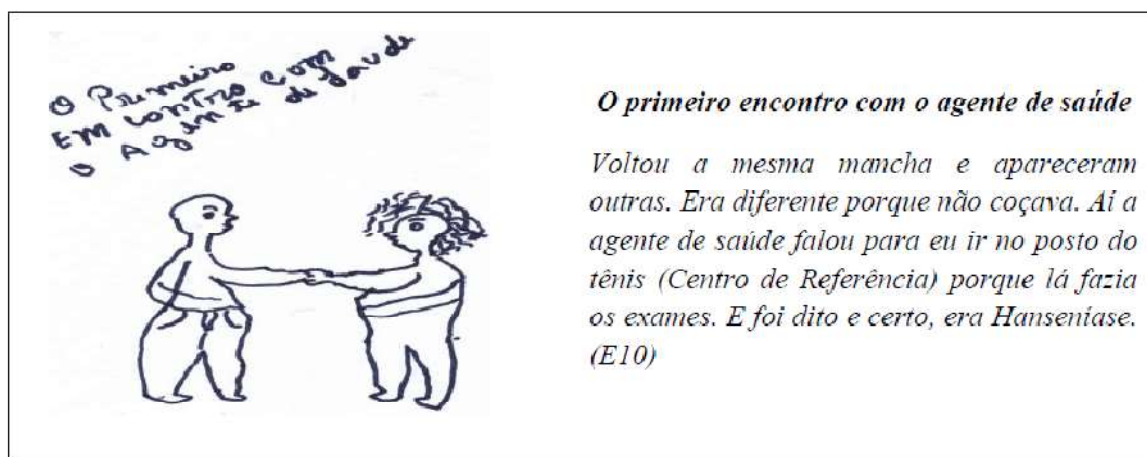


Figura 3- O primeiro encontro com o Agente de Saúde. Pesquisa direta. Feira de Santana, Bahia 2017.

Nas falas a seguir, percebe-se que quando se trata de diagnóstico da hanseníase os usuários procuram o serviço centralizado no Centro de Referência cujo atendimento médico é agendado previamente. Referem também que os profissionais das Unidades de Saúde da Família têm dificuldade em realizar o diagnóstico por isso buscam Centro de Referência.

Apesar de atender a demanda espontânea, alguns usuários apresentam dificuldade em acessar o serviço, devido às barreiras econômicas e geográficas, principalmente aqueles que residem em localidades distantes do centro de referencia necessitando de recurso financeiro para pagamento do transporte. Quem reside em áreas cobertas pelos agentes comunitários de saúde contam com apoio desse profissional para agendar consultas o que favorece o acesso ao diagnostico e ao tratamento, conforme Figura 3.

Eu só procuro aqui mesmo(...) Tem que procurar aqui(...) Se for problema de hanseníase(...) (E01).

No posto de saúde os médicos têm dificuldade de diagnosticar um problema como este (...) manda logo pra aqui (Centro de Referência). (E07)

Atende quando a gente vem. (E08)

Nem todo dia a gente tem dinheiro para o coletivo. Nenhum paciente pega o vale transporte. (E09)

Pra mim mesmo não teve dificuldade porque eu moro perto daqui, então eu não preciso pegar ônibus. (E11)

Até porque eu moro na roça e tenho dificuldade pra vim por falta de transporte, a passagem é cara. (E17)

A interrupção no fornecimento de medicamentos para amenizar os sintomas das reações hansênicas, exige, em alguns momentos, que os usuários acionem recursos próprios para adquiri-los.

Aí comecei a tomar os remédios certos (...) só algumas vezes faltou. Aí eu fiquei meio triste porque não tinha condições, uma das meninas (funcionárias) me deu o dinheiro aí eu comprei o remédio(...). (E08)

E se eu tivesse dinheiro... e quem é que tem dinheiro pra fazer este tratamento da hanseníase? E eu que passei seis anos aonde que eu ia achar este dinheiro? Aí me indicaram

pra eu vim pra aqui. (E01)

(...) hoje eu compro as medicações porque não posso tomar as daqui. (E15)

Os participantes abordam a importância de existir especialidades médicas e que atendam às necessidades clínicas para além do cuidado dermatológico deste grupo em particular, visto que, existe uma dificuldade em agendar estes serviços, seja por insuficiência no número de vagas ou por indisponibilidade da especialidade na rede de atenção à saúde. E quando conseguem acessar as consultas, precisam comparecer muito cedo à unidade para agendamento e mesmo com incapacidades evidentes não são tratados como prioridade, e permanecem em longas filas de espera.

Exames mesmo não são todos que a gente faz aqui. Dá um problema na visão aí a gente tem que ir pra outro local e demora um pouco. (E02)

Eles tiveram que se deslocar de uma cidade para outra à procura de atendimento. (se refere ao atendimento no Programa de Hanseníase pois morava na zona rural) (E14)

(...) se a gente precisa de um neurologista, um cardiologista, oftalmologista (...) você tem que se deslocar, em outros lugares eles não respeitam (o fato de ter incapacidade). Você fica na fila de espera, esperando. (E15)

Aqui nós temos nossa médica que acompanha. Aí você precisa de um outro médico, há uma dificuldade de encontrar e marcar consulta para este médico. (...) A única coisa que a gente sente falta aqui é que a gente não tem neurologista, reumatologista(...). (E07)

Eu tenho um exame mesmo e não consegui marcar ainda. Porque no posto está meio difícil, tem que ir cedo demais e o bairro é perigoso. (E08)

Ser atendido como prioridade na rede de assistência

Nesta categoria é evidenciado que o Centro de Referência tem limitações para atender as necessidades de saúde dos usuários, pois não lhes oferece atendimento especializado que não seja de dermatologia sanitária, tais como cardiologista, neurologista, endocrinologista,

oftalmologista, entre outros, o que ocasiona demora em obter vagas para atendimento em outros serviços. Isto porque estas vagas estão disponibilizadas nas Unidades de Saúde da Família para atender a toda a população da área adscrita e em quantidade insuficiente para atender a esta demanda.

Então para os postos de saúde vai uma vaga por mês. O neurologista é uma vaga e demora seis meses para conseguir uma vaga. Um reumatologista, cardiologista nunca vai e se for é uma vaga só. (E07)

Eles agendam e se não tiver aqui, é como elas (as funcionárias) estão tentando um reumatologista. Eles tentam conseguir o tratamento pra cada paciente. Eu acredito que é uma questão que você tem que saber que tem muita gente e que você tem que esperar a sua vez. (E05)

(...) lá (em outro município) eu tinha acompanhamento pelo CEO (centro especializado de odontologia) e aqui eu não tenho. Também fazia acompanhamento com oftalmo, fisioterapia, pelo CEO e fazia alguma atividade no posto. Cheguei aqui pra saber se aqui tinha esse atendimento e aqui não tem. (E14)

Evidencia-se na Figura 4, que o participante se representou na fila a espera de atendimento na unidade de saúde colocando-se em primeiro lugar reforçando que para ele a pessoa com hanseníase ao ser acolhida, deve ser atendida com prioridade.

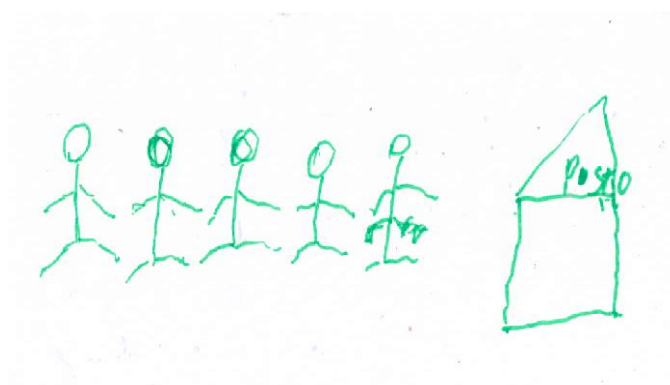


Figura 4 – Viver em grupo. Pesquisa direta. Feira de Santana-Ba. 2017

Ser atendido em unidade equipada e confortável

O acolhimento é representado como um cuidado recebido em ambiente confortável, nesse sentido os usuários percebem que o Centro de referência encontra-se limitado, incompleto e insuficiente em termos de estrutura para atender às suas necessidades, e ao serem ouvidos reivindicam ambiente melhor, equipamentos que lhes assegure a reabilitação e médicos para assisti-los.

Exames mesmo não são todos que a gente pode estar fazendo. (E02)

Aqui às vezes tem tudo, mas ao mesmo tempo não tem nada. Se tem como resolver aqui, vamos manter coisas melhores, hospitais melhores, clínicas melhores. (E03)

Mais acompanhamento, um neurologista e mais aparelhos pra gente fazer exercícios aí. (E07)

São essas situações difíceis que a gente encontra por aqui. Encontrar médicos que acompanha as pessoas. (E07)

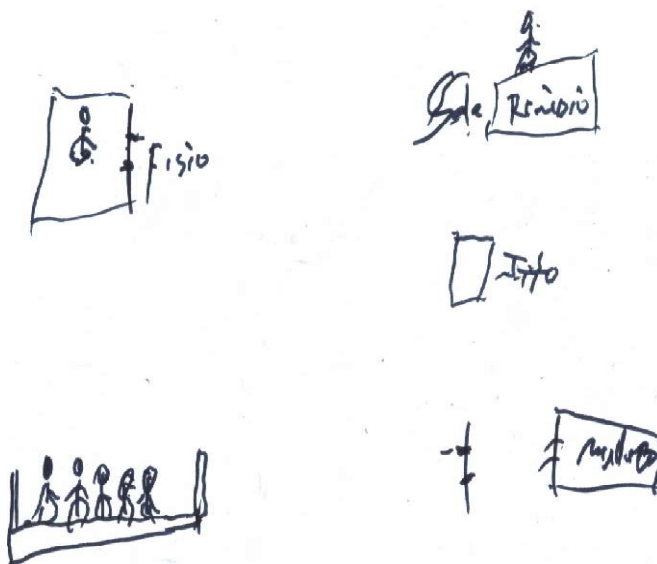


Figura 5 – Sem título. Pesquisa direta. Feira de Santana-Ba. 2017.

Os participantes reivindicam um local com estrutura física adequada para comportar

todas as especialidades médicas e demais profissionais da equipe multidisciplinar para o atendimento aos usuários, conforme pode ser visualizado na Figura 5. Além disso, recursos humanos suficientes para atender a demanda, materiais permanentes e insumos necessários para que os profissionais possam desenvolver suas atividades com qualidade.

A unidade poderia ser maior, com todos os aparelhos, com tudo o que tem direito.
(E03)

Pra mim precisaria de um armário novo, você viu lá. Está realmente pesado e difícil pra elas organizarem. (E05)

Se a gente precisa de um neurologista, cardiologista, oftalmologista, era pra estar tudo concentrado num lugar só. Aí você tem que se deslocar para outros lugares, eles não respeitam, não são pessoas sensíveis. (E15)

Discussão

Os usuários relacionam o acolhimento à noção de vínculo estabelecido com os profissionais através de interações mediadas pelo tocar e ouvir. Essas representações foram ancoradas em conhecimentos socialmente formulados e compartilhados com o objetivo de interpretar uma realidade de grupo⁹.

A ancoragem permite criar uma rede de significações que dá sentido ao objeto dando-lhe coerência e aglutinando valores sociais. Além disso, favorece a aquisição de saberes para interpretação e gestão do ambiente⁶.

Esta categoria foi a mais evidente em todos os relatos constatando que a humanização está pautada no respeito e valorização do ser humano, portanto reconhece o campo das subjetividades com o intuito de compreender os problemas buscando soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são características desse modo de fazer saúde, aliando competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional¹⁰.

A Política Nacional de Humanização (PNH) reforça uma mudança nos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde. Propõe uma gestão participativa em que trabalhadores e usuários são valorizados no processo de produção da saúde¹¹.

Esta mudança no modelo de atenção em saúde favorece ações que promovam a resolubilidade dos problemas, das necessidades apresentadas pelos usuários além da co-participação e co-responsabilização pelo processo de cuidado. Cada ser humano será olhado de forma subjetiva, com respeito à sua individualidade e como sujeito desse cuidado.

Uma das formas para garantir a humanização do atendimento é potencializar o dispositivo acolhimento articulado com o vínculo entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Isto ocorre neste espaço onde trabalhador e usuário se relaciona através de uma escuta qualificada que vai possibilitar a tomada de decisão conjunta diante das necessidades de saúde apresentadas¹². Portanto, para o estabelecimento deste vínculo é necessário entendimento entre os atores envolvidos, um ambiente tranquilo para que o usuário possa expor suas necessidades, um profissional interessado no usuário e não apenas em sua patologia. Desse modo, há uma garantia de uma assistência contínua, menos invasiva e adesão à terapêutica¹³.

Ao mostrar interesse nas demandas apresentadas pelo usuário, à equipe se mostra acolhedora. Neste momento de encontro entre profissional e usuário esta escuta qualificada favorece a criação de vínculo e a tomada de decisão. A forma como se constrói este vínculo é importante favorecendo o processo de cuidado. Por isso, no momento em que se estabelece o vínculo, além da escuta existe outro ponto relevante que é o “ser tocado”.

Sugere-se que o toque seja promotor da saúde e que a presença ou ausência pode repercutir na saúde ou na doença de cada indivíduo¹⁴. Este ainda é considerado como uma forma de comunicação não verbal e de cuidado determinante na partilha de idéias e emoções, por transmitir conforto, carinho, bem-estar, sentimentos de confiança, segurança e partilha¹⁵.

Representando, para os participantes deste estudo, um gesto de demonstração de interesse do cuidador para com o ser cuidado, provocando neste último, emoções positivas ao sentir-se considerado e não rejeitado pela sua diferença.

A humanização é aumentar o grau de co-responsabilidade dos atores envolvidos neste processo de cuidar, mudança na cultura de atenção ao usuário e na gestão do processo de trabalho. É antes de tudo estabelecer vínculo, garantir os seus direitos e da família, estimular o controle social, dar condições de trabalho para os profissionais poderem exercer seu papel de co-gestor do processo de trabalho. Levar em conta as necessidades sociais, os interesses e desejos de diversos atores envolvidos, constitui a política de humanização em ações materiais e concretas. Estas ações têm o poder de transformar, garantir direitos, criar novos sentidos com o intuito de construir e ampliar espaços de troca construindo o SUS que queremos¹⁴.

Com a PNH, as diretrizes são transversais e norteiam qualquer atividade institucional que envolva usuários e profissionais de saúde. Tais diretrizes abordam a valorização do usuário quanto ser social e subjetivo, fortalecimento do trabalho em equipe, utilização da informação, educação no empoderamento dos atores sociais e promoção do cuidado ao cuidador¹⁰.

Os usuários projetam, idealizam o acolhimento a partir do que lhes falta em termos de recursos para dar resolubilidade aos seus problemas de saúde. As RS dos usuários sobre o acolhimento, neste caso, em um Centro de Referência evidencia uma das características do ato de representar, como sendo o saber de prático do grupo, que se refere à experiência na qual ele é produzido, referindo-se ao contexto e às condições no qual este saber é elaborado, justificando as tomadas de posição dos sujeitos na busca por solução de seus problemas⁶.

Existem muitas barreiras que ainda dificultam a concretização do acesso universal à saúde. A portaria de nº 4279 informa que um dos fundamentos necessários para garantir a resolubilidade na rede de atenção é o acesso. Esta mesma portaria trás em seu conteúdo o que

se caracteriza como acesso: disponibilidade do profissional; comodidade referente ao tempo de espera para atendimento, horário, agendamento, contato com os profissionais e aceitabilidade relacionada à estrutura física adequada, ao atendimento, localização¹⁷.

O acesso é muito mais do que apenas a porta de entrada nos serviços de saúde, é um dispositivo de transformação da realidade, é uma garantia constitucional e uma reivindicação importante dos direitos de cidadania. Ao exercer esta cidadania, o usuário tem o poder de transformar a realidade em que vive melhorando o atendimento às necessidades de saúde da população¹⁸. Atrela-se o conceito de acesso ao de integralidade por se tratar de ações que irão suprir as necessidades dos indivíduos, ou seja, o direito a todas as tecnologias que o sistema oferece para atender às suas demandas de saúde¹⁹. Deve ser ampliado para o conceito de acessibilidade englobando o uso ou não dos serviços de saúde, bem como, a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados para atender às necessidades de saúde da população²⁰.

O serviço centralizado dificulta ainda mais o acesso ao tratamento. Outro ponto a ser levantado é o desabastecimento do poliquimioterápico em alguns momentos vivenciados pelo Programa de Hanseníase. Por conta disso alguns pacientes tiveram dificuldade em manter adesão ao tratamento.

Portanto, o termo acessibilidade estaria ligado à resposta às necessidades de saúde de um serviço garantindo a resolubilidade da assistência. Referente à resolubilidade, as ações de saúde devem ser efetivas, satisfazer às necessidades dos usuários em resposta aos problemas encontrados de forma individual e coletiva. Além disso, está associada à implantação de novos serviços, equipamentos, tecnologias, reorganização do processo de trabalho, conformação de redes e articulação dos serviços e redes já existentes²⁰. Contudo, resolubilidade é a capacidade de enfrentar e resolver problemas e que está ligado à implantação de serviços e tecnologias; reorganizar o processo de trabalho e da rede;

otimização de recursos; complementaridade de serviços e redes assistenciais e conformação das linhas de produção do cuidado²¹.

Além da promoção, prevenção e tratamento, a forma como as práticas do cuidado acontecem nos serviços é importante para a resolubilidade. As ações devem ser de forma humanizada respeitando o usuário como sujeito com subjetividade. Portanto, a forma como a rede está organizada e a qualidade do atendimento ofertado estão relacionadas a um cuidado integral e resolubilidade do serviço. Este, portanto, é considerado como a resposta satisfatória a alguma necessidade de saúde apresentada pelo usuário²².

Percebemos que a resolubilidade abrange vários aspectos: a demanda, satisfação do usuário, tecnologias dos serviços de saúde, sistema de referência, acesso aos serviços, qualificação dos profissionais, as necessidades de saúde, adesão ao tratamento, aspectos culturais e sócio-econômicos²³. Os participantes apontam para a necessidade de uma rede organizada para garantir o atendimento a todos os problemas de saúde dos usuários facilitando o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento. Não só para o atendimento relacionado à hanseníase, mas a todo problema relacionado à saúde do indivíduo. O que existe é uma dificuldade de acessar outras especialidades, outros serviços, diminuindo a possibilidade de resolubilidade das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários deste serviço.

Para alcançar a resolubilidade na atenção à saúde propõe-se a educação permanente no trabalho, incorporando o aprender e ensinar nas ações cotidianas do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população²⁴.

O acolhimento é um processo que faz parte das práticas de produção e promoção da saúde onde o profissional é responsável pelo usuário, mantendo uma escuta qualificada para analisar suas demandas apresentadas, garantindo uma atenção integral, resolutiva e responsável através da articulação das redes internas do serviço e redes externas com outros serviços para continuidade da assistência²⁵.

Então, há uma necessidade de equipar a rede SUS (recursos humanos, materiais, estrutura física adequada) para atender a todas as necessidades dessa população. Organizar a rede de assistência e o fluxo de atendimento aos usuários em todos os níveis de atenção para dar resolubilidade aos problemas encontrados.

O Centro de Referência não atende a todas as necessidades de saúde, não garante a resolubilidade visto que não lhes oferece atendimento médico especializado prioritário tais como cardiologista, neurologista, endocrinologista, oftalmologista, entre outros, o que ocasiona a demora em obter vagas para estes atendimentos. Isto porque o número de vagas que estão disponibilizadas nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) é insuficiente para atender à demanda.

A capacidade de resolução das necessidades apresentadas pelos usuários está relacionada à implantação de serviços e tecnologias, reorganização do processo de trabalho, conformação de redes, concentração tecnológica para otimizar os recursos, articulação e complementaridade de serviços e redes de assistência e conformação das linhas do cuidado²¹.

Em se tratando da estrutura física, fica claro nas falas quando é relatada a falta de espaço físico para desenvolver as ações específicas do atendimento ao usuário com hanseníase. Portanto, um Centro de Referência que tivesse uma estrutura física adequada para comportar todas as especialidades necessárias para uma atenção integral ao adoecido de hanseníase. Mais do que isso, uma organização dos serviços de média e alta complexidade para atender a todas as necessidades de saúde desta população em especial que trás na sua história de vida a discriminação e o preconceito.

A estrutura da unidade deve ser compatível com as atividades que serão desenvolvidas pela equipe, como também, com a demanda espontânea garantindo o acesso e continuidade da assistência aos usuários. A qualidade da estrutura física deste espaço interfere na assistência prestada pela equipe de saúde. Ao ser compreendido como um espaço social, profissional e de

relações interpessoais, proporcionando um ambiente acolhedor, humano e resolutivo, a equipe de saúde poderá participar no processo de melhoria da ambiência desta Unidade²⁶.

Há uma necessidade de melhoria do ambiente facilitando o desenvolvimento das ações de saúde voltadas a esta população específica. Ao se avaliar a dimensão da estrutura física, reportamo-nos à ambiência que é caracterizada por três eixos: o espaço que preza pelo conforto com atenção para a privacidade e individualidade dos usuários; o espaço que favoreça o encontro entre os sujeitos; e o espaço utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, permitindo o uso adequado dos recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo²⁶.

Considerações finais

Este estudo teve por objetivo apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase, as quais se revelaram como ancoradas na humanização do serviço.

As RS dos usuários evidenciam suas expectativas sobre o serviço, de forma que atenda suas necessidades nas dimensões biopsicossociais. Assim, eles esperam ter sua experiência valorizada, ser tocado, ser ouvido, ser considerado e ser estimulado a se cuidar; ter acesso ao tratamento, medicamentos e outras especialidades médicas; ser atendido como prioridade na rede de assistência e ser atendido em unidade equipada e confortável.

Estes resultados apontam para a necessidade de fortalecer o dispositivo acolhimento através do vínculo entre os usuários, trabalhadores da saúde e gestores, possibilitando a tomada de decisão em conjunto frente às necessidades apresentadas. A forma como é construído o acolhimento no cenário estudado deve ser repensada, pela importância para o processo de cuidado, pois a escuta qualificada, o ambiente favorável e consideração das expectativas do usuário como sujeito da ação favorece a humanização e a resolubilidade dos problemas apresentados.

Considerando o estigma da hanseníase, e a discriminação sofrida pelos adoecidos em diversos contextos sociais, este estudo evidencia que é essencial resgatar o toque e a escuta sensível nas interações de cuidado para com esse grupo populacional, oportunizando a construção do vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Referências

1. Gomes Michela Prestes, Pinto Maria Helena, Nardi Susilene Maria Tonelli, Paschoal Vânia Del'Arco. Hanseníase: a visão do profissional de saúde no discurso do sujeito coletivo. Ver. Bras. Pesq. Saúde, Vitória. 2014; 16(1): 41-48.
2. Brasil, Dados epidemiológicos da hanseníase 2015/2016 disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>> acesso em 05 de setembro de 2017.
3. Lana Francisco Carlos Félix, Carvalho Ana Paula Mendes, Davi Raquel Ferraz Lopez, Davi Raquel Ferraz Lopez. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. Esc. Anna Nery. 2011; 15(1): 62-67.
4. Mitre Sandra Minardi, Andrade Eli Iola Gurgel, Cotta Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(8): 2071-2085.
5. Araujo Adriano Kasiorowski de, Tanaka Oswaldo Yoshimi. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012; 16(43): 917-928.
6. Jodelet Denise. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
7. Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: UFPB; 2003.
8. Rivemales MCC, Rodrigues GRS, Paiva MS. Técnicas projetivas gráficas: aplicabilidade na pesquisa em representações sociais – revisão sistemática. Online Brazilian Journal of

Nursing. 2010; 9 (2): [Retrieved 2017-09-04], from: <
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.3153/704>.

9. Mantovani MF, Mazza VA, Moreira RC, Silva DI, Jesus JKF, Oliveira VBCA. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, 2014; 22(6):796-800.
10. Rios Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Revista Brasileira de Educação médica. 2009; 33(2): 253-261.
11. Chernicharo Isis de Moraes, Silva Fernanda Duarte da, Ferreira Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2014; 18(1): 156-162.
12. Santos Adriano Maia dos, Assis Marluce Maria Araújo, Rodrigues Ana Áurea Alécio de Oliveira, Nascimento Maria Angela Alves do, Jorge Maria Salete Bessa. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1): 75-85.
13. Baratieri Tatiane, Teixeira Mandú Edir Nei, Silva Marcon Sonia. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade na Estratégia Saúde da Família. Cienc. enferm. 2012; 18(2): 11-22.
14. Calvetti Prislá Ucker, Silva Denise Quaresma da (org.). Psicologia, educação e saúde: temas contemporâneos. Canoas. Ed. Unilassalle, 2014.
15. Ribeiro Patricia Cruz Pontifice Sousa Valente, Marques Rita Margarida Dourado, Ribeiro Marta Pontifice. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. Rev. Bras. Enferm. 2017; 70(4):830-837.
16. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos

básicos de saúde. Brasília. 2004.

17. Lima Sayonara Arruda Vieira, Silva Maria Rejane Ferreira da, Carvalho Eduardo Maia Freese de, Pessoa Eduarda Ângela Cesse, Brito Ederline Suelly Vanini de, Braga João Paulo Reis. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015; 25(2): 635-656.
18. Jesus Washington Luiz Abreu de, Assis Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(1): 161-170.
19. Azevedo Ana Lucia Martins de, Costa André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(35): 797-810.
20. Quinderé Paulo Henrique Dias, Jorge Maria Salete Bessa, Nogueira Maria Sônia Lima, Costa Liduina Farias Almeida da, Vasconcelos Mardenia Gomes Ferreira. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(7): 2157-2166.
21. Jorge Maria Salete Bessa, Vasconcelos Mardênia Gomes Ferreira, Junior Euton Freitas de Castro, Barreto Levi Alves, Rosa Lianna Ramalho de Sena, de Lima Leilson Lira. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(6): 1060-1066.
22. Costa Juliana Pessoa, Jorge Maria Salete Bessa, Vasconcelos Mardenia Gomes Ferreira, Paula Milena Lima de, Bezerra Indara Cavalcante. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate*. 2014; 38(103): 733-743.
23. Turrini Ruth Natalia Teresa, Lebrão Maria Lúcia, Cesar Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad.*

Saúde Pública. 2008; 24(3): 663-674.

24. Farias Deborah Curvelo de et al . Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. educ. med. 2015; 29(1): 79-87.

25. Arruda Cecilia, Silva Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev. bras. enferm. 2012; 65(5): 758-766.

26. Oliveira Michele Mandagará, Pinto Ione Carvalho, Cruz Vania Dias, Coimbra Valéria Cristina Christello, Oliveira Wilker Emanuel de Almeida, Lopes Tatiana Sacramento, Alves Poliana Farias. Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. Rev. APS. 2014; 17(4): 423-428.

4.2 ARTIGO 2

Vivências dos usuários frente ao diagnóstico de hanseníase

Experiences of users when diagnosis the leprosy

Fabiana Porto Silva¹

Evanilda Souza de Santana Carvalho¹

Resumo

Objetivo: Compreender as vivências dos usuários do Centro de Referência em hanseníase frente ao diagnóstico.

Métodos: Abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Realizado em um Centro de Referência para tratamento e diagnóstico da hanseníase com 19 participantes. Na coleta foram utilizados o Teste Livre de Associação de Palavras e o Desenho estória com tema seguido de inquérito).

Resultados: As categorias que emergiram após análise do material empírico representam as vivências diante do diagnóstico da hanseníase: ser discriminado, sofrer preconceito e ser excluído da sociedade; peregrinação para obter o diagnóstico; sentimentos diante do diagnóstico; será que a doença tem cura?

Conclusão: É necessário um olhar antropológico quando se trata da hanseníase devido a representação da doença pela população. O usuário deve ser percebido em todo o seu contexto social para que se possa atender às suas necessidades de saúde. A educação permanente é uma estratégia para desconstrução e (re) construção do significado da doença, minimizando seu estigma e melhorando a qualidade de vida do indivíduo adoecido.

Palavra-chave: hanseníase, experiência de vida, diagnóstico.

Abstract

Objective: To understand the experiences of users of the Reference Center in leprosy in front of the diagnosis.

Methods: Qualitative approach, based on Social Representation Theory. Held in a Reference Center for the treatment and diagnosis of leprosy with 19 participants. The Free Word Association Test and Story Design with topic followed by survey were used in the collection.

Results: The categories that emerged after analyzing the empirical material represent the experiences in the diagnosis of leprosy: being discriminated against, being prejudiced and excluded from society; pilgrimage to get the diagnosis; feelings about diagnosis; Does the disease have a cure?

Conclusion: It is necessary an anthropological look when it comes to leprosy due to the representation of the disease by the population. The user must be perceived in all its social context so that it can meet its health needs. Continuing education is a strategy for deconstruction and (re) construction of the meaning of the disease, minimizing its stigma and improving the quality of life of the sick person.

Key words: Leprosy, life change events, diagnosis.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil

Resumen

Objetivo: Comprender las vivencias de los usuarios del Centro de Referencia en lepra frente al diagnóstico.

Métodos: Enfoque cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizó en un Centro de Referencia para el tratamiento y el diagnóstico de la lepra con 19 participantes. En la recolección se utilizó la Prueba Libre de Asociación de Palabras y el Dibujo de la historia con el tema seguido de la encuesta.

Resultados: Las categorías que surgieron después del análisis del material empírico representan las vivencias ante el diagnóstico de la hanseniasis: ser discriminado, sufrir prejuicio y ser excluido de la sociedad; peregrinación para obtener el diagnóstico; sentimientos ante el diagnóstico; ¿la enfermedad tiene cura?

Conclusión: Es necesario una mirada antropológica cuando se trata de la lepra debido a la representación de la enfermedad por la población. El usuario debe ser percibido en todo su contexto social para que se pueda atender a sus necesidades de salud. La educación permanente es una estrategia para la deconstrucción y (re) la construcción del significado de la enfermedad, minimizando su estigma y mejorando la calidad de vida del individuo enfermo.

Palabra clave: hanseniasis, experiencia de vida, diagnóstico.

Introdução

A hanseníase é considerada uma doença milenar que causa grandes danos ao adoecido como incapacidades físicas muitas vezes irreversíveis, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo, incapacitando-o para o trabalho e interferindo em sua vida pessoal¹. Daí vem o isolamento, o afastamento do convívio social que é algo imposto pelas representações socialmente construídas acerca da doença e que causa sofrimento que, por sua vez, é considerado um dos temas importantes no campo de estudo sócio-antropológico acerca da doença e de suas experiências subjetivas, problemas e significados compartilhados através de crenças, práticas e valores. A representação social é compreendida como uma estrutura dinâmica socialmente construída e que estão presentes nas escolhas e atitudes dos indivíduos diante de qualquer situação, em especial nos episódios da doença². Representação social é, portanto, algo que nos guia a fim de compreender a realidade que nos cerca, tomar decisões e enfrentar a realidade de forma defensiva³.

Na tentativa de amenizar o impacto do preconceito e do estigma vivenciado pelos acometidos pela doença, a nomenclatura utilizada foi alterada. A doença que era conhecida como lepra e que traz na sua história o isolamento social, atualmente é conhecida como hanseníase. Porém, os sentimentos relacionados a esta doença como medo, exclusão social, vergonha, raiva, estão impregnados na cultura de cada indivíduo, principalmente no acometido pela doença. Portanto, o estigma e o preconceito estão enraizados em nossa cultura e são representados socialmente quando nos deparamos com o indivíduo acometido pela hanseníase⁴.

Para compreender o processo que envolve a hanseníase, é necessário ir além da abordagem clínica da doença. Dessa forma, o controle da doença não depende apenas em expandir unidades de saúde para realização de busca ativa e sim levar em consideração outros aspectos envolvidos neste processo de adoecimento. Para isso, o conhecimento acerca da antropologia da doença permite compreender o sentido mais amplo da doença. A doença passa a ser entendida como uma representação social, construída em um contexto histórico e social por um determinado grupo social. “As representações da doença constituem o substrato sobre o qual os indivíduos formulam suas interpretações e dão sentido a suas experiências”⁵.

Portanto, este artigo, proveniente da dissertação de mestrado intitulado “Acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase: representações sociais dos usuários”, tem como objetivo compreender as vivências dos usuários do Programa de Controle da Hanseníase em um município do Estado da Bahia frente ao diagnóstico, cuja relevância está em entender

quais os sentidos que os usuários acometidos pela doença representam ao receber o diagnóstico positivo para a doença possibilitando a adoção de estratégias que possam minimizar o estigma e o preconceito da doença. Além de contribuir para a construção do conhecimento acerca das vivências deste grupo específico possibilitando uma reflexão antropológica da doença.

Métodos

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na TRS, realizado no Centro de Saúde Especializado de Referência para Hanseníase. A coleta de dados aconteceu no período de setembro a novembro de 2016 com 19 usuários do serviço de hanseníase que apresentavam diagnóstico positivo para a doença, ou estava em tratamento para reação hansênica e/ou apresentavam incapacidade física ocasionado pela doença. Destes, 02 (10,52%) encontram-se na faixa etária de 18 a 39 anos, 16 (84,22%) na faixa etária de 40 a 69 anos e 01 (5,26%), na faixa etária de 70 a 89 anos. Quanto ao tempo de tratamento 11 participantes (57,89) realizaram por doze meses; 03 (15,8%) em seis meses; 02 (10,53%) estavam no décimo primeiro mês de tratamento; 01 (5,26%) estava no sétimo mês; 01 (5,26%) estava no segundo mês de tratamento e 01 não soube informar. Quanto ao tempo de diagnóstico 04 (21,1%) estavam entre 6 meses a 1 ano; 05 (26,32%) entre 2 anos a 5 anos; 09 (47,32%) entre 6 anos a 10 anos e 01 não soube informar. Com relação à reação hansênica, 10 (52,6%) apresentam reação e 08 (42, 1%) não apresentam. Quanto à escolaridade, 02 (10,53%) concluíram a educação infantil; 08 (42,1%) apresentam o ensino fundamental incompleto, 01 (5,26%) ensino fundamental completo; 02 (10,53%) ensino médio incompleto; 05 (26,32%) ensino médio completo e 01 (5,26%) não alfabetizado.

Os sujeitos da pesquisa foram abordados no Centro de Referência durante a realização da fisioterapia, onde foram apresentados aos objetivos da pesquisa e convidados a participar do estudo. Os relatos foram gravados após permissão concedida pelo participante através da assinatura do TCLE. A coleta foi realizada após a realização da fisioterapia, individualmente em sala reservada para tal atividade, apenas com a presença da mestrande e do participante com duração mínima de 10 minutos e máxima de 40 minutos.

Na coleta de dados foi aplicado o TALP através de estímulos verbais para conhecer as representações do objeto, pois conseguem captar opiniões, pensamentos e personalidades. Ao apresentar o estímulo “Acolhimento à pessoa com hanseníase”, seguido de “acolhimento à pessoa com hanseníase nesta unidade” foi solicitado que o mesmo recordasse cinco situações.

Em seguida foi aplicado o desenho estória com tema seguido de inquérito. Esta técnica combina elementos gráficos e verbais que permite a compreensão dos aspectos dinâmicos da personalidade e apreender o que cada indivíduo diz sobre um grupo ao qual pertence⁶⁻⁷. Os participantes foram convidados a realizar um desenho que representasse o acolhimento à pessoa com hanseníase na unidade de referência em que são atendidos. Após o desenho, foi solicitado o relato da estória e que lhe conferisse um título. Ao final da produção, os participantes responderam a questões formuladas relacionadas ao objeto do estudo (inquérito). Todo o material empírico foi submetido à análise de conteúdo, observação dos desenhos seguida de leitura flutuante dos conteúdos das estórias, categorização e síntese⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer nº 1.712.962, CAAE – 57532916.8.0000.0053.

Resultados

Após análise do material empírico, emergiram as seguintes categorias e subcategorias apresentadas na **Figura 01**.

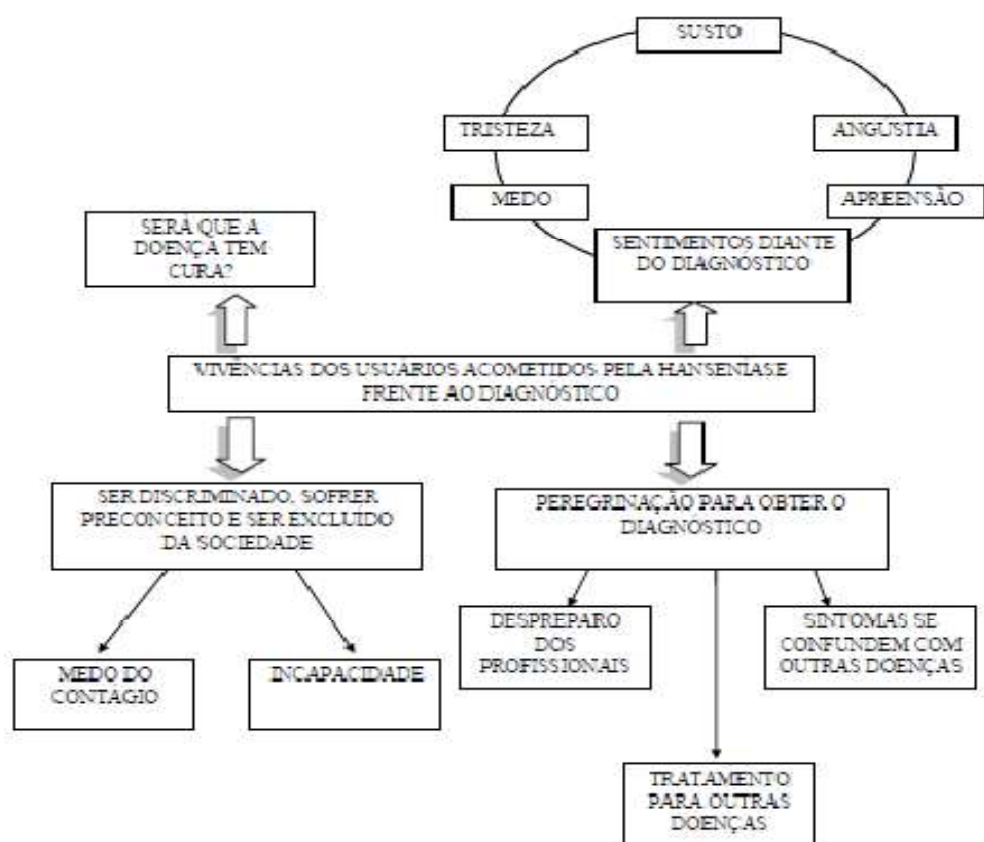


Figura 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas – Vivências dos usuários frente ao diagnóstico da hanseníase - Feira de Santana, Bahia, 2017.

Ser discriminado, sofrer preconceito e ser excluído da sociedade

O medo de ser discriminado impõe um silêncio sobre a doença, principalmente quando é conhecida pelo termo “lepra”. Omitir é uma estratégia para evitar o preconceito. Como em muitos casos as manchas são aparentes, os usuários informam que têm um problema de pele para evitar o afastamento das pessoas. É relatado que quando há o conhecimento a respeito do diagnóstico, até mesmo os parentes mais próximos têm receio de manter contato por medo de adquirir a doença. Então, surge o sentimento de isolamento social, de exclusão, de humilhação, de afastamento das pessoas de seu convívio por medo da doença. Dois entrevistados relatam que devido à doença, foram demitidos de suas atividades, pois os empregadores tomaram conhecimento do diagnóstico. Em um relato onde o acometido foi uma adolescente, esta sofria bullying por causa da coloração da pele devido ao tratamento. Outro relato foi em relação aos locais de tratamento para hanseníase que aconteciam nos antigos hospitais chamados leprosários e os Centros de Referências que aumentam ainda mais o preconceito ao se tratar da doença, sendo necessário um cuidado ao sair do serviço para manter o sigilo acerca da doença.

Eu nem falo que já tive este problema, porque eu tenho vergonha. Porque tem muita gente que tem preconceito. Aí eu não falo que tive hanseníase. [...]. Afasta até mesmo pessoa da família. Eu tinha uma irmã mesmo que tinha preconceito e nem chegava perto de mim.[...] A minha irmã que tinha medo. Ela ouvia que outros tinham o pé deformado, a mão, aí ela ficava com mais preconceito, que fere o corpo (E02).

Às vezes chegava num lugar as pessoas ficavam sem querer chegar perto de mim porque achava que aquilo ali ia passar pras pessoas (E04)

O povo diz que é uma doença que a maioria se afastava da pessoa (E08).

Eu tinha uma vida de muita liberdade e de uma hora pra outra eu me vi preso entre quatro paredes. Eu cheguei ao ponto que eu não queria aquela vida pra mim, eu não queria que as pessoas que eu mais gostava me vissem.[...] Eu não teria coragem de ter contato com a pessoa se eu não tivesse a doença.[...] quando a gente sai daquela porta pra fora, às vezes eu fico olhando se tem algum conhecido aqui.[...] Eu ia sentir até rejeição de minha família. Eu já senti. Meu pai mesmo, depois de tudo é que ele veio falar pra mim, mas antes ele tinha o pé atrás de eu calçar uma sandália dele. [...]Eu não posso chegar hoje no lugar que eu frequento e dizer que eu tenho hansen porque senão, hansen nem tanto porque muita gente não conhece, mas se eu disser que é lepra, aí todo mundo sai correndo, quem quer pegar em

minha mão, quem quer me abraçar (E09).

Logo no início sofre um pouquinho de preconceito porque antigamente chamava de lepra. Aí a fulana de tal está com hansen, vamos afastar um pouquinho dela, separar talher, copo, prato.[...] Eu fui demitida porque eu cheguei pra pessoa e falei que estava fazendo tratamento pra hanseníase.[...] Aí muitas pessoas ficaram distantes de mim. Aí na minha mente já criou aquela dívida: poxa eu tenho uma doença tão grave que ninguém pode chegar perto de mim, apertar minha mão? Já era o preconceito (E14).

Existe realmente o preconceito. Até da minha família, cunhada, sobrinhos do meu marido, todos eles deixaram de ir a minha residência por causa disso, tem um bom tempo que não vão. Vizinhos que ficaram sabendo não vão a minha casa. Eu me senti um pouco excluída naquela época.[...] . Então eu me sentia muito só. Porque ninguém queria segurar na minha mão, entrar na minha casa.[...] o que me impediu de voltar ao trabalho foi a doença. Porque eles não queriam uma pessoa com hanseníase cuidando de doente (E15).

Eu vivi um trauma na época do tratamento e aí eu sofri discriminação, preconceito. [...] Quando a gente chegou lá (no hospital) já tinha um nome preconceituoso, era leprosário. [...] A gente tentou abafar (a doença) mas não conseguiu, aí ela (a filha) sofreu preconceito na escola. Quando ela saía, eles gritavam, é o poluído, olha o poluído (E17).

Por apresentarem incapacidades ou seqüelas por causa da doença, estes usuários relatam que suas atividades diárias que eram desenvolvidas normalmente, sofreram alterações tais como, escrever, realizar atividades domésticas, atividade física, até mesmo caminhar, além das dores freqüentes.

Algumas coisas eu posso fazer. Escrever mesmo eu tenho dificuldade pra escrever. Eu faço algumas coisas mas não como fazia antes. Trabalhava de diarista, fazia faxina, trabalhava com vendas [...] não é mais como era antes (E02).

Eu corria, fazia capoeira, perdia muita noite com meu trabalho. Hoje eu fico na minha casa com medo de atravessar uma rua porque por mais que a gente confia o pé pode entortar, tem que ter muita cautela nisso aí (E09).

E eu sempre tive a doença e consegui superar. 6 meses e hoje eu estou com seqüela que ta ruim demais, muito peso muito choque (E17).

Uma informação que os usuários têm sobre doença é a facilidade da transmissão pela via respiratória. Então, muitos relatam o medo de se aproximar dos seus familiares e o medo de outras pessoas em manter contato por causa do risco de contágio. Esse medo faz com que a separação entre as pessoas aconteça, dificultando uma reaproximação.

Eu ficava preocupada com meus familiares de passar pra eles, mas até agora graças a Deus. Mas era antes quando eu não sabia (E02).

Me senti meia assim triste por estar com este problema que era grave. Às vezes chegava num lugar e as pessoas ficavam sem querer chegar perto de mim porque achavam que aquilo ali ia passar pra elas. Ao mesmo tempo eu me sentia forte porque estava perto das pessoas que queriam cuidar de mim, queriam não, cuidam de mim. Então eu só tenho que agradecer por tudo (E04).

Eu tive e tenho até hoje muito medo de transmitir pra alguém. Eu dei graças a Deus ter se separado de mim a minha mulher e minha filha porque se eu tivesse passado pra ela eu não ia me perdoar nunca.[...] foi causado pela Hansen a separação da gente (E09).

Peregrinação para obter o diagnóstico

As falas retratam a peregrinação dos usuários em busca do diagnóstico. Percebe-se que até diagnosticar a hanseníase, as pessoas são submetidas a diversos tratamentos para outras patologias, ainda há dificuldade dos profissionais em suspeitar e diagnosticar a doença. Os participantes criticam os profissionais médicos e julgam que esses estão despreparados para reconhecer e realizar o diagnóstico da hanseníase. Por conta disso, o diagnóstico muitas vezes é dado de forma tardia quando as seqüelas da doença já se estabeleceram. Segundo eles, são realizados inúmeros tratamentos com discreta melhora dos desconfortos e logo os sinais e sintomas da doença se manifestam forma mais agressiva e debilitante. Então, erros no diagnóstico promovem um adiamento para o tratamento precoce, faz com que os usuários percorram diversos serviços de saúde, realizem diversos tratamentos e sem alcançar a resolubilidade esperada.

Eles lá não descobrem o que é (se refere à USF). Eu descobri pela médica particular na Igreja dos remédios, no Centro médico dos remédios. Eles encaminham prá cá (E01).

Quando eu estava no começo dessa doença e cheguei aqui em Feira sem saber o que era que tava acontecendo, uns achavam que era micose, mas já que não era micose. Eu vim aqui várias vezes, fiz vários exames só que não foi descoberto o problema que eu tinha, mas que Deus é tão bom e tão maravilhoso que me colocou pra São Paulo aonde eu cheguei no local que pode descobrir qual era meu problema, era a hanseníase (E04).

E se não tiver alguém que entenda o problema pra te ajudar, você bate numa porta bate na outra e não sabe qual é o seu problema (E05).

Porque os médicos aí fora não descobrem que tem essa doença aí fácil não. Não é

qualquer médico. Então quando acontece de Deus enviar um que consegue diagnosticar aí a gente, eu mesmo no meu caso fiquei sabendo já no início, não teve nem grau, meu grau foi zero (aqui ela se refere ao grau de incapacidade), mas teve pessoa que já passou crianças e tudo (E06).

Porque quando a gente vai descobrir ela já está a muito tempo no nosso organismo. Então a gente fica com a seqüela nos nervos.[...] No posto de saúde os médicos têm dificuldade. É difícil de diagnosticar um problema como este.[...] Se eu não conhecesse, eu voltaria pra casa e estaria mutilada como tem um monte de gente que veio pra aqui fez exame deu negativo e voltou e hoje estão aleijados com as mão deformadas.[...] O maior problema é o médico acertar o diagnóstico de hanseníase e descobrir (E07).

Apareceram umas manchas no meu corpo e eu pensei que fosse impinge. Daí eu fui à farmácia e eu conversei com o farmacêutico onde eu moro mesmo. Aí ele disse: eu vou lhe passar uma pomada que se você ficar boa e não voltar mais é porque era impinge mesmo. Quando eu passei felizmente sumiu tudo, fiquei alegre porque era impinge mesmo. Mas aí uns três meses quando voltou, foi com tudo mesmo. Voltou a mesma mancha e apareceram outra. E era diferente porque não coçava (E10).

Quando eu procurei apareceu um bocado de carocinhos. Fui em vários dermatologistas (E11).

Eu descobri porque começaram as manchas, uns carocinhos e aí fui usando a pomada. A médica disse que era uma bactéria. Eu passei por muitos médicos. Eu passava a pomada e não sumia. E aí eu falei vou lá nesse negócio de hanseníase. Não ficava boa aí eu pensei em vim aqui (E13).

Eu estava com minha neta fazendo outros tratamentos aí a gente conseguiu ver o que era que eu estava sentindo, os médicos me dando remédio e não sabiam (E16).

Eu descobri foi aqui (no Centro de Referência), porque no posto onde eu moro, na mangabeira, não descobriram é nada.[...] Um bocado de tempo dentro de casa com essa mancha pensando que era pano branco. Tomando remédio para pano branco e não melhorava (E19).

Sentimentos diante do diagnóstico

A doença é considerada desconhecida do público pela maioria dos usuários, no qual eles mesmos se incluem. O que se sabe é que quando não tratada, o indivíduo pode ser mutilado. Por isso, os sentimentos evocados ao receber o diagnóstico são de tristeza, nervoso,

ansiedade, espanto, emoção, de susto, de medo, de apreensão. Segundo os participantes, estes sentimentos derivam da expectativa negativa sobre a possibilidade ter ou não uma vida normal como anterior à doença. No entanto, apesar de sentimentos negativos estes são substituídos por esperança quando são recebidos por profissionais que lhes explicam que doença tem tratamento e cura. Assim, sentem-se motivados a tratar com esperança de ter sua vida cotidiana retomada. A desinformação reproduz o estigma e preconceito, o que pode estimular estes sentimentos negativos diante da confirmação do diagnóstico da doença.

Eu posso dizer que a gente chega aqui infelizmente devido à doença, devido a dor, devido a tudo. O pessoal diz assim, positivo. [...]. É uma doença que não é muito falada, não é muito conhecida e nem nós mesmo entendemos esta doença. Eu, por exemplo, não sabia que a hanseníase causava tanta seqüela. Eu achava que era só o problema da mancha, que você ia lá e tratava e se não tratasse ia perder algumas partes dos membros e causa problemas que eu não imaginava. [...]Então a gente vem desanimado, triste e volta com esperança. Com a esperança de melhorar e conviver com os outros (E05).

Eu senti um pouco meio triste, porque quando eu fiz o exame que o médico acolheu e me deu o resultado e falou que era hanseníase (E08)

Ela foi me orientar e eu fiquei um pouco nervosa porque eu não sabia o que era essa doença. Ouvia falar, mas não sabia o que era e nem como era (E10).

Aí eu fui a um dermatologista que descobriu. Foi um choque pra mim. Primeiro porque eu tinha acabado de ter um bebê e eu não conhecia muito sobre a doença.[...] você chega em choque porque não conhece a doença (E11).

[...] a gente chega oprimida logo. Sabe, eu chorei bastante. [...]eu não pensei de passar por essa situação de hanseníase, porque eu fiz os exames e deu tudo normal, quando eu fiz a biópsia constou que eu estava com hanseníase.[...] Então quando eu descobri que eu tava com hanseníase foi como se fosse uma bomba na minha vida (E13).

[...] ficou assustada. Será que é um bicho, uma doença que pega mexendo na terra? Pode ter sido isso, porque contato com outra pessoa não foi (E14).

Quando eu cheguei aqui eu senti muito medo, mas apesar de tudo esse pessoal aqui eles fizeram eu me senti confiante de que ia funcionar, era necessário que eu tomasse a iniciativa, meu primeiro passo. Eu precisava acreditar que ia dar certo (E15).

Eu vim conhecer esta doença aqui. Eu nunca tinha visto falar. [...]Porque a gente tá doente, e uma doença dessa, depois de ficar são, é bom. Eu descobri essa doença aqui (E16).

Minha família todos tiveram a doença. Foi muito triste porque eu não esperava. A

gente teve acompanhamento com psicólogo pra entender a doença. Porque não foi fácil, e até então a gente só tinha o conhecimento sobre a Lepra. A gente foi tratado no hospital Dom Rodrigo de Menezes.[...] Eu me tranquei no banheiro e fui chorar porque lá onde a gente mora é uma epidemia de hanseníase e a gente tinha muita visão de aleijo de deficiência e o primeiro exame foi chocante.[...] Foi um processo doloroso e triste mas eu superei. A gente achou flores, carinho, compreensão, tudo lá dentro (E17).

De início a gente no caso se sente um pouco apreensivo por não saber ainda de início se vai ser aquilo mesmo que estamos esperando, se vai ser um diagnóstico positivo ou não. Segundo é que a gente teve esta descoberta que tava com a hanseníase, no meu caso foi 100%. E acredito que as pessoas se sentiram felizes por descobrirem porque apesar de estar vivendo esta situação, que houve essa descoberta (E18).

Será que a doença tem cura?

As pessoas com hanseníase, que participaram deste estudo, questionam e duvidam da efetividade do tratamento, pois apesar dos profissionais lhes informarem que a doença tem cura eles ainda se sentem doentes por causa da persistência de sintomas ou da ocorrência das reações adversas ou hansênicas que podem apresentar. Assim, os adoecidos relacionam os desconfortos físicos com o fracasso do tratamento da hanseníase o que os leva a duvidar da cura. Outros compreendem que as reações podem se manifestar sem que apresentem a doença hanseníase, e tem esperança na cura.

Mas eu acho que quando não precisa fazer fisioterapia é quando descobre logo, que é só pele. Porque aí quando chega nos nervos é mais difícil. Eu conheci uma moça mesmo que levou seis meses e não ficou com dores, não deformou a mão, não ficou sentindo dores, foi um tratamento rápido (E02).

Dizem que tem cura. Eu não acredito que tem cura, acredito que tem um tratamento de controle, mas cura não tem não, ninguém me diga que tem cura que eu não acredito não. Porque se tivesse as pessoas que eu conheço estariam curadas. Não estão curadas, estão tratadas. Elas estão tratadas, controladas e, melhora, melhora muito, mas curar, não vi ninguém curar. [...] Ela deixa a reação nos nervos. A gente fica sofrendo muito com as dores, não pode fazer um esforço, aí por causa da reação (E06).

O pessoal fala que hanseníase não tem cura. Eu tenho certeza que tem porque eu sinto que estou curada, sei que eu tenho a reação. Por que a doença tem reação (E07).

Passei um ano tomando o remédio. Aí quando fez um ano eu tive alta e nunca mais

tive nada. Só que apareceram essas dores aí. E estão achando que faz parte dessa doença aí (E12).

Discussão

Conhecida desde as antigas civilizações, a hanseníase, até então chamada de lepra, apresentava em seu contexto histórico o preconceito, a discriminação, o sofrimento, a rejeição e o isolamento⁴. O estigma existe e é mais forte que a própria doença. Vencer o preconceito social é um desafio para a saúde pública⁸. Esta associação entre a doença e o estigma, entre a deformidade física e condenação moral existe desde os primeiros casos de lepra existentes e foi reforçada através de medidas de isolamento².

Porém, mesmo antes do indivíduo sofrer o preconceito e discriminação vinda do estigma da doença, ele passa por alguns sentimentos vivenciados frente ao diagnóstico da doença. Estes sentimentos de medo somado a atitudes de negação podem confundir e dificultar a aceitação e o entendimento a respeito da doença⁴.

É necessário esclarecer sobre a doença de forma a desvelar todo o seu contexto histórico cujo estigma impera. O isolamento dos pacientes que existia antes do advento do tratamento da doença era considerado necessário para se conter a disseminação da doença. Porém, ainda hoje, os usuários sentem “na pele” este isolamento social devido a toda uma representação de “contagio e perigo” que cerca a doença. A associação entre a doença, presença de deformidades físicas e transmissão é muito presente em nosso contexto social. Portanto, a representação social de que a doença é incapacitante, que causa deformidades, é transmissível, potencializa a discriminação, o preconceito e a exclusão social^{4,5}.

Ampliar a informação do adoecido e do público é considerada estratégia para amenizar os efeitos do preconceito e do estigma da doença⁹. A educação em saúde é o apoio que os usuários encontram para que conceitos arcaicos sobre a doença sejam corrigidos, aumentando o nível de conhecimento e empoderando-os e minimizando o estigma, o que pode ser promovido através de grupos de educação em saúde para compartilhar experiências, e conhecimento a respeito da doença, tratamento e inclusão social⁹.

A descentralização é descrita como um processo que favorece o diagnóstico da hanseníase, pois a assistência prestada pelas Equipes de saúde da família está geograficamente mais próxima dos usuários e contribui para a maior resolubilidade de suas demandas de saúde. Entretanto para os usuários, as ações que foram descentralizadas lhes conduzem a transitar em diversos serviços nos variados níveis de atenção do SUS¹⁰.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado quando realizado pela atenção básica podem minimizar ou evitar o aparecimento das incapacidades, contudo isso exige uma equipe qualificada não somente para diagnosticar. A presença de uma equipe multidisciplinar capacitada para tratar e controlar a hanseníase através de um acompanhamento individualizado e sistemático em todo o curso da doença e após a alta é essencial para a prevenção de incapacidades. Portanto, as ações integradas de controle da hanseníase na rede básica de saúde, são defendidas por favorecer o acesso diagnóstico precoce, facilitando o tratamento, prevenção de incapacidades, assegurando a melhoria na assistência e consequentemente a diminuição do estigma e da exclusão social¹¹.

Para tanto, necessita-se de investimento para qualificação dos profissionais da assistência ao adoecido buscando fortalecer a articulação ensino-serviço ofertando uma assistência de qualidade. Compreende-se então que a qualificação profissional é o diferencial na assistência permitindo uma visão crítica e maior competência no desenvolvimento de suas ações¹¹. A demora em se obter o diagnóstico representa um serviço de saúde despreparado pela ausência de capacitação dos profissionais em diagnosticar e tratar precocemente a hanseníase¹².

Contudo, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase para as equipes de saúde da família e a qualificação continuada desta equipe contribui para evitar a peregrinação dos usuários em busca de um diagnóstico para iniciar o tratamento.

Conforme os resultados da pesquisa, antes do diagnóstico para hanseníase, os usuários passaram por inúmeras consultas com diferentes especialidades e sem uma melhora do quadro. Portanto, é necessário, estar atento a esta doença “invisível” que continua negligenciada por gestores e profissionais de saúde.

Dentre os sentimentos que emergem da experiência do diagnóstico da hanseníase o medo da rejeição dos outros devido ao estigma e preconceito associados à doença foi referido por todos os participantes, pois as marcas na pele e as deformidades físicas apresentadas são facilmente visíveis, e os conduzem a vivências de discriminação. Em um estudo, com mulheres que apresentam alterações em seu corpo devido à doença, revela os comportamentos dos outros para com este grupo tais como: demissão do emprego, rejeição do companheiro e de amigos, e de discriminação¹². O mesmo foi revelado no estudo com os usuários do Centro de Referência.

Em outro estudo sobre estigma e repercussões sociais da doença, os sentimentos representados pelos participantes foram negativos, tais como medo, depressão, susto, tristeza,

vergonha, sofrimento. Outros participantes informaram que estavam aliviados, pois haviam passado por vários especialistas sem o diagnóstico. Contudo, a hanseníase continua sendo uma doença que traz uma experiência difícil e dolorosa⁹.

A dor neural e as incapacidades físicas fazem com que os usuários do serviço duvidem que a doença tenha cura. Porém, a hanseníase é uma doença que possui tratamento e que este leva à cura. Contudo, existe uma controvérsia do ponto de vista do usuário, que aponta para a persistência da doença após a cura bacteriológica, sendo necessário um novo olhar voltado para o cuidado deste grupo específico contando com a sua participação¹³.

A característica para o usuário de estar curado é ligado a ausência de dor. Portanto, devido às incapacidades e reações hansênicas, o usuário se considera doente. Daí surge a necessidade de intensificar as ações de educação em saúde para facilitar o entendimento da doença e estimular o auto cuidado diminuindo assim o surgimento das reações.

Conclusão

Este estudo teve por objetivo compreender as vivências dos usuários do Centro de Referência em hanseníase frente ao diagnóstico tendo como base a Teoria das Representações sociais. A doença em seu processo histórico foi estigmatizada devido à presença de deformidades físicas e presença de manchas. Devido ao desconhecimento acerca de sua transmissão, os acometidos por esta doença eram isolados da sociedade para evitar a disseminação da doença. Com o advento de um tratamento eficaz, este isolamento deixou de fazer parte do contexto. Porém, a representação que as pessoas têm acerca da doença é que desfigura, que faz perder partes dos membros, que passa para outras pessoas, que incapacita. Isto é devido à falta do conhecimento, da informação.

É preciso intensificar as ações educativas com o intuito de empoderar os acometidos pela doença e para prevenção de incapacidades. Algumas sugestões que podem transformar a realidade do adoecido: estimular o auto-cuidado, a participação dos usuários em seu processo de cuidado e adicionar a família neste contexto, além de traçar estratégias centradas na antropologia da doença. Perceber que o estigma da doença traz complicações para a vida destes usuários e a partir daí traçar um plano de cuidado para melhorar a qualidade de vida.

A enfermeira tem um papel de grande significado neste contexto por ser considerado um profissional apto para compreender as questões que não estão aparentes e sim veladas através da sua sensibilidade e conhecimento do contexto social do adoecido de hanseníase.

Referências

1. Gomes Michela Prestes, Pinto Maria Helena, Nardi Susilene Maria Tonelli, Paschoal Vânia Del'Arco. Hanseníase: a visão do profissional de saúde no discurso do sujeito coletivo. Ver. Bras. Pesq. Saúde, Vitória. 2014; 16(1): 41-48.
2. Barreto J, Gasparoni JM, Politani AL, Rezende LM, Edilson TS, Fernandes VG, Lima VM. Leprosy and Stigma. Hansen INT. 2013; 38 (1-2): p. 14-25.
3. Jodelet Denise. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
4. Silveira MGB, Coelho AR, Rodrigues SM, Soares, MM, Camillo GN. Portador de Hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. Psicologia & Sociedade. 2014; 26 (2), 517-527.
5. Lins Anete Umbelina Ferreira de Almeida. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. Physis [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 03]; 20(1):171-194. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100010>.
6. Coutinho MPL, Lima AS, Oliveira FB, Fortunato ML. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: UFPB; 2003.
7. Rivemales MCC, Rodrigues GRS, Paiva MS. Técnicas projetivas gráficas: aplicabilidade na pesquisa em representações sociais – revisão sistemática. Online Brazilian Journal of Nursing. 2010; 9 (2): [Retrieved 2017-09-04], from: <
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/j.1676-4285.2010.3153/704>.
8. Cid RDS, Lima GG, Souza AR, Moura ADA. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev. Rene. 2012; 13 (5): 1004-14.
9. Fontes Loures L, Cerqueira Mármora C H, Barreto J, Duppre N C, PERCEPÇÃO DO ESTIGMA E REPERCUSSÕES SOCIAIS EM INDIVÍDUOS COM HANSENÍASE. Psicologia em Estudo 2016. 21 665-675. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287149565012>. Fecha de consulta: 3 de octubre de 2017.
10. Leal Danielle Rodrigues, Cazarin Gisele, Bezerra Luciana Caroline Albuquerque, Albuquerque Ana Coelho de, Felisberto Eronildo. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. Saúde debate [Internet]. 2017 Mar [cited 2017 Oct 03] ; 41(spe): 209-228. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042017000500209&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s16>.

11. Rodrigues Francisco Feitosa, Calou Cinthia Gondim Pereira, Leandro Tânia Alteniza, Antezana Franz Janco, Pinheiro Ana Karina Bezerra, Silva Viviane Martins da et al . Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Oct 03] ; 68(2): 297-304. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672015000200297&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680216i>.

12. Palmeira Iací Proença, Queiroz Ana Beatriz Azevedo, Ferreira Márcia de Assunção. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Oct 03] ; 66(6): 893-900. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672013000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600013>.

13. Cruz Alice. Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. Physis [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Oct 03] ; 26(1): 25-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312016000100025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100004>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apreender as representações sociais do acolhimento vivenciado pelos usuários do Centro de Referência em hanseníase e compreender as vivências destes usuários frente ao diagnóstico da doença. Foi escolhido como base do estudo a teoria das representações sociais por permitir (re) elaborar conceitos de um determinado grupo, neste caso em questão, os usuários adoecidos com hanseníase e entender as reações do mesmo diante de uma situação.

O interesse por este estudo se deu pelo fato de a hanseníase ainda ser considerada na atualidade um problema grave de saúde pública, pois apresenta alta prevalência. Então busquei entender um pouco a respeito da doença pelo olhar do usuário, em seu contexto biopsicossocial principalmente por ser uma doença representada pelo estigma e que traz em todo seu contexto histórico a discriminação, o preconceito.

Os resultados evidenciaram que os adoecidos esperam ser acolhidos como pessoas e não devem ser visto apenas como portador da doença. Mas além de assistidos em suas manifestações clínicas ter suas questões mais subjetivas consideradas, tais como a relação deste com a doença, a relação deste com seu familiar e a relação deste com o mundo em que vive. O medo das conseqüências sociais e físicas que a doença traz, faz com que os adoecidos não aceitem o diagnóstico omitindo-o. E a persistência de desconfortos físicos fazem esses duvidarem da efetividade do tratamento e da possibilidade de cura.

Então, quando se deparam com diagnóstico da hanseníase, vivenciam sentimentos, dentre eles, o medo de se tornar uma figura deformada, de ficar incapacitado para desenvolver suas atividades, angústia, tristeza. Além disso, sofrem o preconceito devido à representação que a sociedade traz acerca da doença muito conhecida como “lepra” que, neste contexto, era tratada através do isolamento social deste indivíduo.

Com o surgimento do tratamento eficaz para a doença e descentralização das ações de vigilância da hanseníase para as Unidades de Saúde da Família em alguns municípios, houve uma diminuição da sua prevalência com facilidade ao acesso ao tratamento. Porém, ainda assim, persiste o aumento do número de casos novos, redução da avaliação dos contatos destes adoecidos e existência de casos com grau II de incapacidade.

Este estudo permitiu atentar para estas questões que envolvem o adoecido a partir de sua representação acerca do acolhimento e de suas vivências diante o diagnóstico. Isto possibilitou reconhecer que para este grupo o acolhimento está ancorado em ter sua

experiência valorizada. A partir daí, as subcategorias que emergiram perpassa pela valorização do toque, do ser ouvido, do ser considerado e ser estimulado a se cuidar. Pode-se inferir que a representação do acolhimento está ancorada nesta categoria que emergiu após análise dos relatos. Além disso, há uma valorização dos profissionais fisioterapeutas, pois eles realizam suas atividades a partir do toque. Então, vimos a importância dada a esta categoria pelos usuários e consideramos uma grande contribuição que pode ser inserida no contexto de outros trabalhadores da saúde, principalmente dos enfermeiros.

Ao tocar o adoecido de hanseníase, os sentimentos que revelam são de ser considerado pelo outro como uma pessoa comum, sem preconceito e discriminação. Quando exercitamos a escuta qualificada, descobrimos necessidades que vão além da clínica, sendo necessário compreendê-las para tomada de decisão com co-responsabilidade e resolubilidade. Portanto, é necessário que os profissionais estejam qualificados e sensibilizados para dar uma resposta a estas demandas. Além disso, é necessário capacitar os profissionais para o diagnóstico da doença que é efetivamente clínico, sendo necessário tocar o adoecido.

A partir do toque, depois da confirmação do diagnóstico, a criação do vínculo deve ser estabelecida. As relações entre usuários/trabalhadores utilizando-se do dispositivo acolhimento pode determinar como este adoecido vai vivenciar a doença. No acolhimento ao usuário, é necessário empoderá-lo para que este momento de início do tratamento não englobe todos os sentimentos negativos.

Considerando que as RS são elaboradas através de relações de trocas entre os usuários de um grupo específico, neste caso, adoecidos de hanseníase, que compartilham o mesmo ambiente, acredito que os achados que emergiram deste estudo podem contribuir para re-elaboração de práticas e atitudes a partir de um novo conhecimento que surgiu dos sentimentos, vivências dos usuários acerca do acolhimento e do diagnóstico da doença. Assim, através do estudo das RS podemos perceber quais os instrumentos que devem ser utilizados na prática destes trabalhadores do Centro de Referência bem como vislumbrar um modelo de atenção centrado no usuário.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, Walter. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias**. São Paulo: Vetor, 1997. p. 255-288.
- ALVES, Elíoenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília – DF. NESPRON/UNB. 2014.
- ARANTES, Cíntia Kazue; GARCIA, Maria Luiza Rufino; FILIPE, Mariana Scombatti; NARDI, Susilene Maria Tonelli; PASCHOAL, Vânia Del'Arco. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n.2, p.155-164, abr/jun. 2010.
- ARAUJO, Adriano Kasiorowski de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 917-928, out/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5512.pdf>> Acesso em: 09 setembro. 2017.
- ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, Out. 2012.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo. NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. FRANCO, Túlio Batista. JORGE, Maria Salete Bessa. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez. 2010.
- BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, Dez. 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: SP. Edições 70, 2011.
- BARRETO, J; GASPARONI, JM; POLIATANI, AL; REZENDE, LM; EDILSON, TS; FERNANDES, VG; LIMA, VM. **Leprosy and Stigma**. Hansen INT.; v. (1-2), n. 38, p. 14-25. 2013.
- BITTENCOURT, Leylane Porto; CARMO, Aila Coelho do; LEÃO, Ana Maria Machado; CLOS, Araci Carmen. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. de Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.185-190, abr/jun. 2010.
- BOLETIM TRIMESTRAL. **Sociedade Brasileira de Hansenologia**. Ano 1, n. 1, jul/set 2015.

BORESTEIN, Mirlam Süssking; PADILHA, Maria Itayra; COSTA, Eliani; GREGORIO, Vitória Regina Petters; KOERICH, Ana Maria Espíndola; RIBAS, Dorotéa Lões. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.61 (esp), p.708-12, 2008.

BRASIL, Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF. 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 08 novembro. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília. 2004.

_____, Dados epidemiológicos da hanseníase, 2015/2016, disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>> acesso em 05 de setembro de 2017.

_____, Sociedade Brasileira de Hansenologia. Divisão de dermatologia. Boletim Trimestral. Ribeirão Preto – SP. Ano 1, nº1, jul/set. 2015.

CALVETTI, Prísla Ucker. SILVA, Denise Quaresma da (org.). **Psicologia, educação e saúde: temas contemporâneos**. Canoas. Ed. Unilassalle, 2014.

CAPELLE, Monica Carvalho Alves. MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. GONÇALVES, Carlos Alberto. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista eletrônica organizações rurais e agroindustriais**. Disponível em:
<<http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/251>> Acesso em 29 junho. 2016.

CARRIJO, Fernanda Lopes; SILVA, Maria Aparecida da. Percepções do portador de hanseníase no cotidiano familiar. **Estudos**. Goiânia, v. 41, especial, p.59-71, out 2014.

CARVALHO, Cristiane A.P. MARSICANO, Juliane A. CARVALHO, Fábio S. SALES-PERES, Arsênio. BASTOS, José Roberto M. SALES-PERES, Sílvia H.C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**. v.15, n.2, p.93-5, abr/jun. 2008.

CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira; GUARESCHI, Pedrinho Arcides; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. **Textos e debates em representação social**. Porto Alegre. ABRAPSO. 2014.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, Mar. 2014 .

CID, Renata Dias de Souza; LIMA, Guldemar Gomes de; SOUZA, Adriano Rodrigues; MOURA, Ana Débora Assis. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Rev. Rene**. v.13, n.5, p.1004-14. 2012.

COSTA, Juliana Pessoa et al . Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, Dez. 2014.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Representações sociais e práticas de pesquisa**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005.

CRUZ, Alice. Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 25-44, Mar. 2016.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues; FALK, João Werner; OLIVEIRA, Francisco Arsego de; MOTTA, Marta Silvana da. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.1, p. 4-9, jan/mar. 2010.

FARIAS, Deborah Curvelo de et al . Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 79-87, Mar. 2015 .

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para p programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** USP. São Paulo. v.38, n.2, p. 143-51. 2004.

FRANCO, Túlio Batista. ANDRADE, Cristina Setenta. FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. Ed. HUCITEC. São Paulo, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. BUENO, Wanderlei Silva. MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345- 353, abr/jun, 1999.

GONÇALVES, Helenice Maia; SOUZA, Clarilza Prado de. Articulações entre representações sociais e subjetividade: um estudo sobre a produção nacional entre 2000 e 2010. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**. v. 12, n. 27. 2014.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne. PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Rio de Janeiro. **INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, Michela Prestes. PINTO, Maria Helena. NARDI, Susilene Maria Tonelli. PASCHOAL, Vânia Del’Arco. Hanseníase: a visão do profissional de saúde no discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.16, n. 1, p. 41-48. 2014.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010.

JODELET, Denise. **As representações sociais**. Lilian Ulup, tradução. Rio de JaneiroEd. UERJ. 2001.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n.3, p. 679-712, set/dez .2009.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1060-1066, Dez. 2014.

CRESCE número de casos de hanseníase em Feira. **Jornal Folha do Estado**. Feira de Santana, 28 jan. 2015. Disponível em: <http://www.jornalfolhadoestado.com/noticias/32405/cresce-numero-de-casos-de-hanseniase-em-feira>. Acesso em: 27 mai. 2016.

LANA, Francisco Carlos Félix; CARVALHO, Ana Paula Mendes; DAVI, Raquel Ferraz Lopes. Perfil Epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Ana Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan/mar. 2011

LANZA, Fernanda Moura; LANA, Francisco Carlos Félix. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 20 (Esp.), p. 238-46. 2011.

LEAL, Danielle Rodrigues et al . Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 209-228, Mar. 2017.

LE MOS, Caioá Geraiges de. Desenhos de Profissionais com Estórias: Desenvolvimento e Características Psicodinâmicas. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 8, n. 2. 2007.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al . Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, Jun. 2015.

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

LOURES, Lilianny Fontes. Percepção do estigma e repercussões sociais em indivíduos com hanseníase. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 665-675, out/dez. 2016.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986, 99p.

MANTOVANI, Maria de Fátima. et. al. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 796-800, 2014.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo : Ed. Atlas S/A, 2003.

MAZZOTI, Alda Judith Alves. A abordagem estrutural das representações sociais . Psic. da ed., São Paulo, 14/15, 1º e 2º sem de 2002, pp. 17-37.

MERCÊS, Nen Nalú Alves da. **Representações sociais sobre o transplante de células tronco hematopoiéticas e do cuidado de enfermagem**. [tese] UFSC/PEN. Florianópolis. SC, 2009.

MENDES, EugênioVilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, O. C. GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes. 30ª Ed. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. EDITORA HUCITEC. 12ª Ed. 2010.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Ago. 2012.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2013.

MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. UFPB. Editora Universitária. João Pessoa. Paraíba. 2005.

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16(supl. 1), p. 1311-1318. 2011.

OLIVEIRA, Luciano Sepúlveda et al . Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, Nov. 2012.

OLIVEIRA, Michele M; PINTO, Ione Carvalho; CRUZ, Vania Dias; COIMBRA, Valéria C.C.; OLIVEIRA, Wilker E. A.; LOPES, Taiana S.; ALVES, Poliana F. Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Rev. APS**. Brasília, v. 17, n.4, p. 423-428. 2014.

OLIVEIRA, Sátiro N. et al. A avaliação epidemiológica da Hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto – SP no ano de 1992. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 29, p. 114-122, jan/mar. 1996.

PALMEIRA, Iací Proença; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; FERREIRA, Márcia de

Assunção. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 893-900, Dez. 2013 .

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: [recurso eletrônico]** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: FEEVALE. 2013.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias et al . Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2157-2166, Jul 2013.

RAMOS, Donatela D.; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan/fev. 2003.

RAPOSO, Marcos Túlio. **Avaliação da Implantação do Programa de Controle da Hanseníase na rede básica de Aracaju, Sergipe**. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

REIS, Sebastiana Lindaura de Arruda. BELLINI, Marta. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Scienses**. Maringá, v.33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise de trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar/abr. 2004.

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontifice Sousa Valente; MARQUES, Rita Margarida Dourado; RIBEIRO, Marta Pontifice. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Rev. Bras. Enferm.** , Brasília, v. 70, n. 4, p. 830-837. 2017.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, Jun. 2009.

RIVEMALES, MCC. RODRIGUES, GRS. PAIVA, MS. Técnicas projetivas gráficas: aplicabilidade na pesquisa em representações sociais – revisão sistemática. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 9, n. 2. 2010. [Retrieved 2017-09-04], Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/j.1676-4285.2010.3153/704>> Acesso em: 09 setembro .2016

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al . Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 297-304, abr. 2015.

SANTOS, Adriano Maia dos et al . Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, Jan. 2007.

SANTOS, Silvine Santa Bárbara Silva Santos. SILVA, Livia Simas. CARNEIRO, Elaine Kelly Nery. SABACK, Maria Angela de Merícia Correia. CARVALHO, Evanilda Souza de

Santana. Processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidades saúde da família em município baiano. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 27, n. 2, p. 101-107, mai/ago. 2013.

SILVA, Andressa Henning. FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. **Qualit@s revista eletrônica**, Campina Grande, vol 16, n.1, p.1-14, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>> Acesso em: 07 ago. 2017

SILVEIRA, Mariana Guimaraes Bicalho et al . Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 517-527, Ago. 2014.

SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. .São Paulo: Editora Brasiliense. 2004.

TAVARES, Derek Warwick da S. BRITO, Raissa Carneiro de. CÓRDULA, Ana Cláudia Cruz. SILVA, Julianne Teixeira e. NEVES, Dulce Amélia de Brito. Protocolo Verbal e Teste de Associação Livre de Palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. **Ponto de Acesso**. Salvador, v. 8, n. 3, p. 64-79, dez. 2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. PAIM, Jairnilson Silva. VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**. v. 7, n. 2, abr/jun, 1998.

TRINCA, Walter. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo da percepção temática. São Paulo: EPU, 1987.

_____. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias. São Paulo: Vetor, 1997. 292 p.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRAO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, Mar. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE
CONTROLE DA HANSENÍASE: representações sociais de usuários.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE: representações sociais de usuários. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no curso do Mestrado Profissional de Enfermagem - Universidade Estadual de Feira de Santana pela Mestranda Fabiana Porto Silva. A importância deste estudo está em conhecer mais sobre a doença, valorizar a informação do usuário do serviço, contribuir para a construção de novos conhecimentos sobre acolhimento, possibilitar a mudança da prática profissional. Os objetivos da pesquisa são: Apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase no município de Feira de Santana – BA, conhecer a representação social dos usuários a respeito do acolhimento e caracterizar o acolhimento do Programa de Hanseníase na perspectiva dos usuários. Conforme Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho requer a participação voluntária das pessoas acometidas por hanseníase. Para coleta de dados serão aplicados o Teste de Associação Livre de Palavras, em que o entrevistado é convidado a citar cinco palavras ou frases ao se recordar do atendimento e o Procedimento desenhos-estórias com tema, também convidado a desenhar o que vier à sua cabeça e contar uma história sobre o atendimento recebido. Todos os depoimentos serão gravados. O participante poderá ouvir novamente a gravação para retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material coletado das técnicas projetivas será encaminhado para o Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) onde irá compor o banco de dados. Embora este estudo não ofereça riscos físicos a quem estiver participando, poderá causar constrangimento aos usuários, pois poderão sentir-se estigmatizados por participarem de uma pesquisa realizada no serviço. Visando reduzir os riscos, não será divulgado o nome do participante, garantindo o anonimato e a privacidade, o direito de participar ou não dessa pesquisa, e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma sem prejuízos. A coleta acontecerá em sala reservada onde estarão presentes o participante e a pesquisadora. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos e serão apresentados aos participantes em Seminário no Centro de Saúde Especializado em 24 de julho de 2017. Os pesquisadores não estão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação e não haverá despesas por parte dos mesmos pois, sua participação ocorrerá nos mesmos dias de atendimento na unidade, não exigindo sua ida à unidade em outros dias nem gastos adicionais por conta da pesquisa. Mas, caso ocorra algum dano eventual decorrentes da pesquisa os participantes serão indenizados. As despesas do projeto estão a cargo da mestranda. Qualquer dúvida que venha a ocorrer durante o processo de pesquisa, entrar em contato com a autora através Departamento do Mestrado Profissional de Enfermagem: Avenida Transnordestina, S/N, Bairro: Novo Horizonte, Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo 6, Feira de Santana – Bahia CEP: 44036-900 ou pelo telefone (75) 31618161 ou pelo email: mpeuefs@gmail.com. Para esclarecimentos éticos, entrar em contato com o CEP/UEFS pelo telefone (75) 31618067 ou pelo email: cep@uefs.br. Caso concorde em participar este termo será assinado em duas vias, uma delas ficará com você e a outra de posse da entrevistadora. Agradeço sua atenção.

Assinatura do Usuário

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

APÊNDICE B- Instrumento para aplicação das técnicas projetivas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE
 CONTROLE DA HANSENÍASE: representações sociais de usuários

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

E.Nº _____

A) DADOS DOS PARTICIPANTES

- 1- Sexo: Feminino [] Masculino []
- 2- Idade: _____
- 3- Tempo de diagnóstico: _____
- 4- Tempo de tratamento: _____
- 5- Reação hansênica? Sim [] Não []
- 6- Tipo de hanseníase: PB [] MB []
- 7- Tipo de tratamento: _____
- 8- Escolaridade: _____

B) ROTEIRO PARA TALP

Fale-me cinco palavras ou expressões que surgem em sua lembrança quando eu digo:
 “Acolhimento à pessoa com hanseníase”.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

“Acolhimento à pessoa com hanseníase no centro de referência”

- 1- _____

- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

“Acolhimento à pessoa com hanseníase nas unidades de saúde da família de Feira de Santana”

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

C) ROTEIRO PARA PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS

- 1- Desenhe algo que represente o acolhimento da pessoa com hanseníase nesta unidade.
- 2- Olhe para seu desenho e conte uma estória que tenha começo, meio e fim.
- 3- Qual o título que você daria a esta estória?

D) ROTEIRO PARA INQUÉRITO

- 1- O que você desenhou? Quem são estas pessoas? Em qual lugar estão estas pessoas?
- 2- O que aconteceu neste lugar? Como as pessoas nesta estória se sentiram?
- 3- Como o que aconteceu influenciou na decisão da pessoa frente ao tratamento?
- 4- O que é acolhimento para você?
- 5- Como a pessoa com hanseníase é acolhida na unidade de saúde?

ANEXOS

ANEXO A – Desenhos

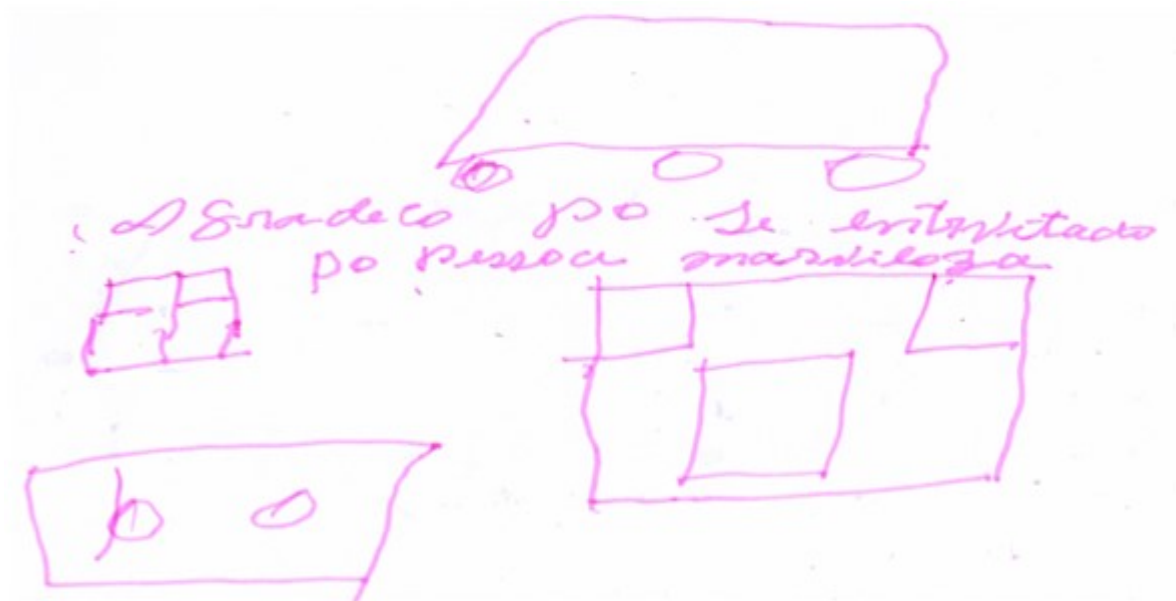
E01



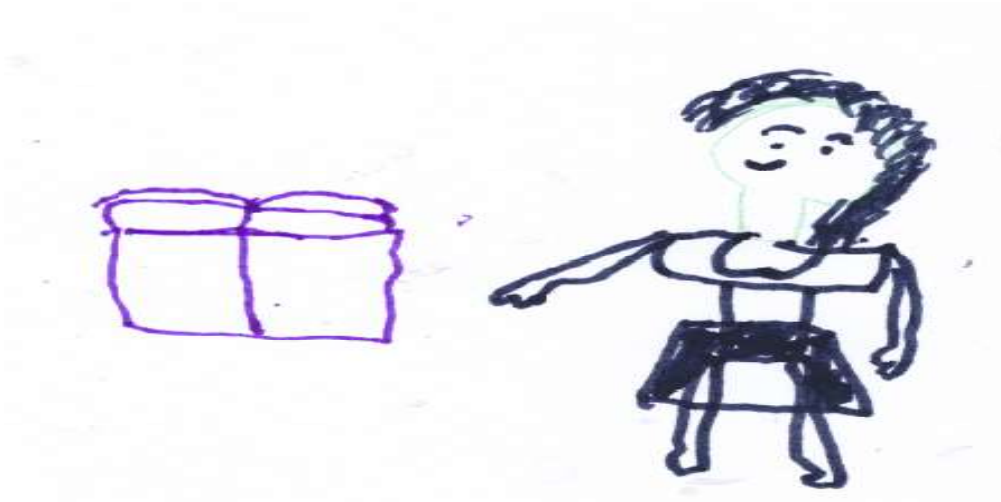
E02



E03



E04



E05



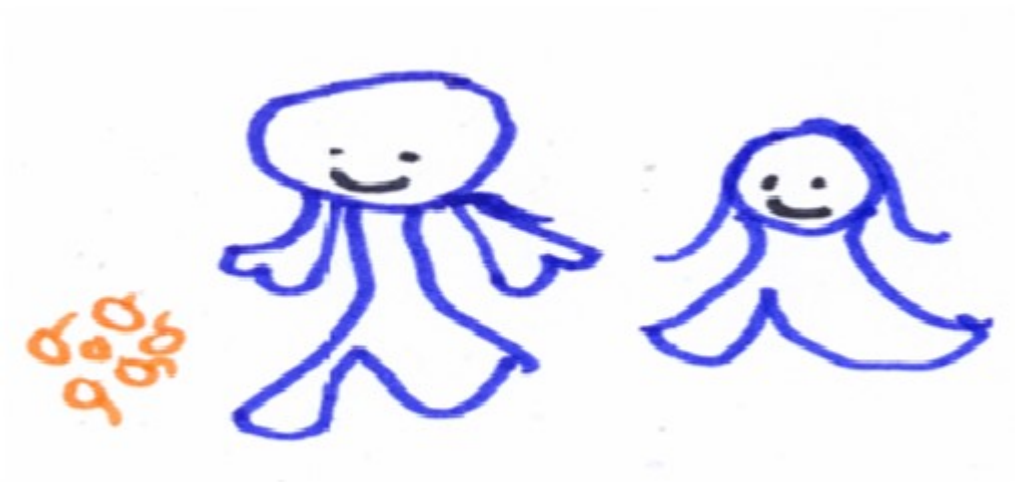
E06



E07



E08



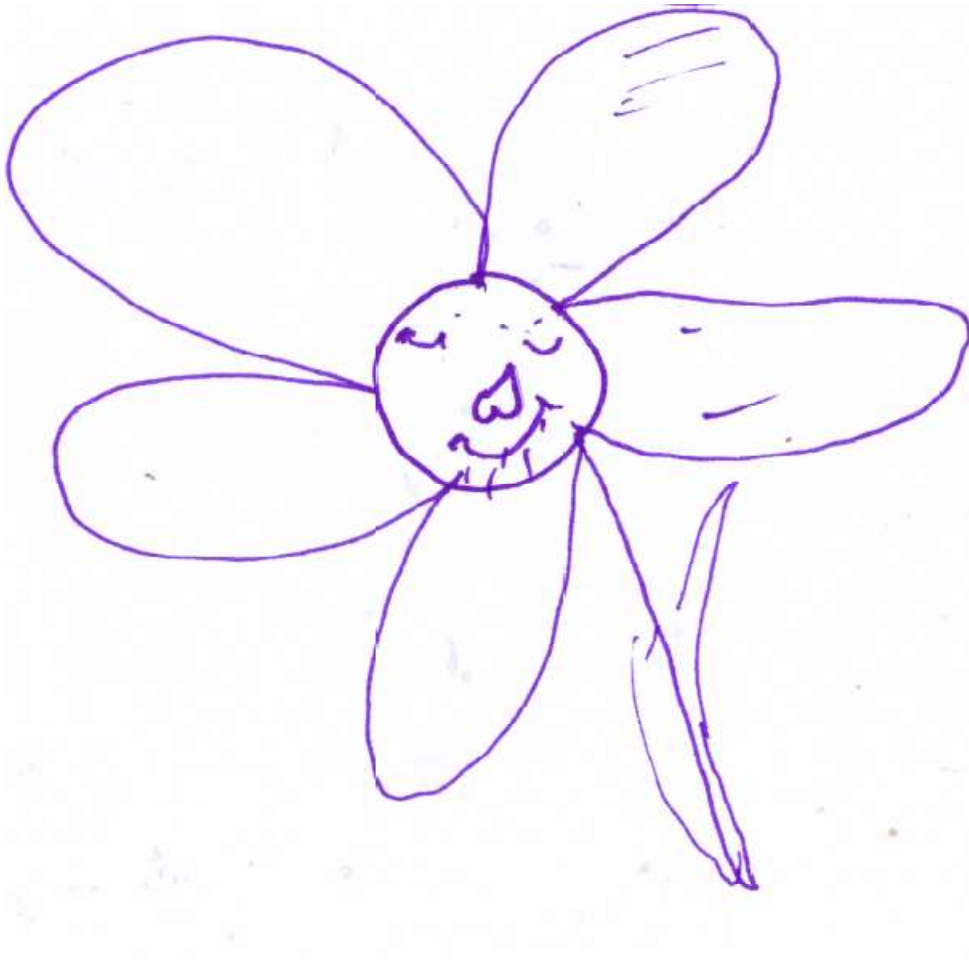
E09



E10



E11



E12



E13



E14



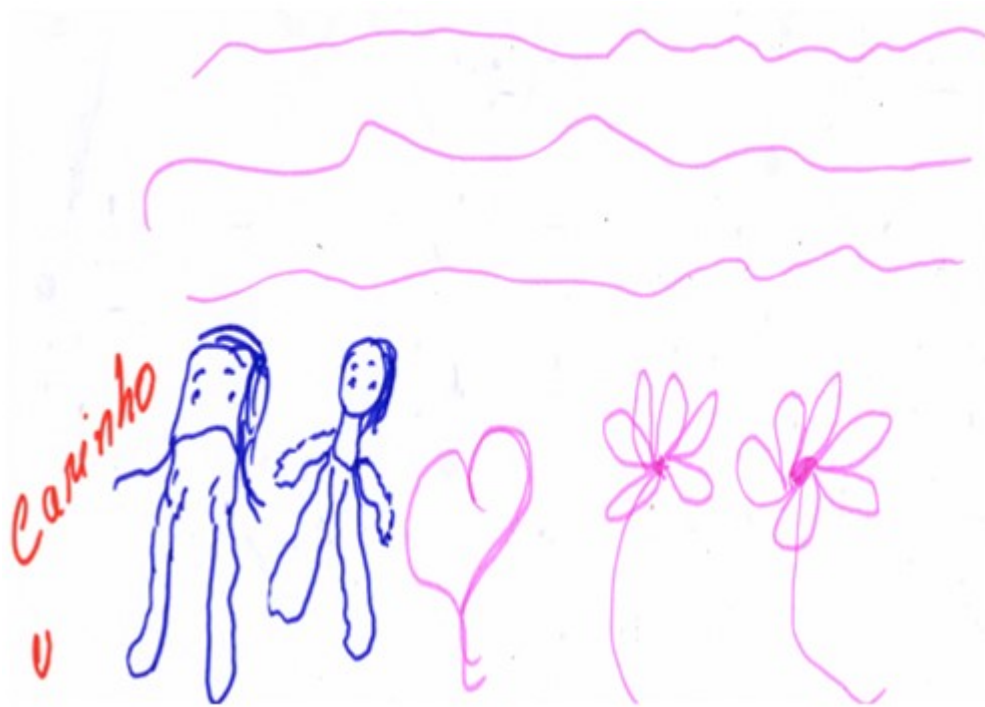
E15



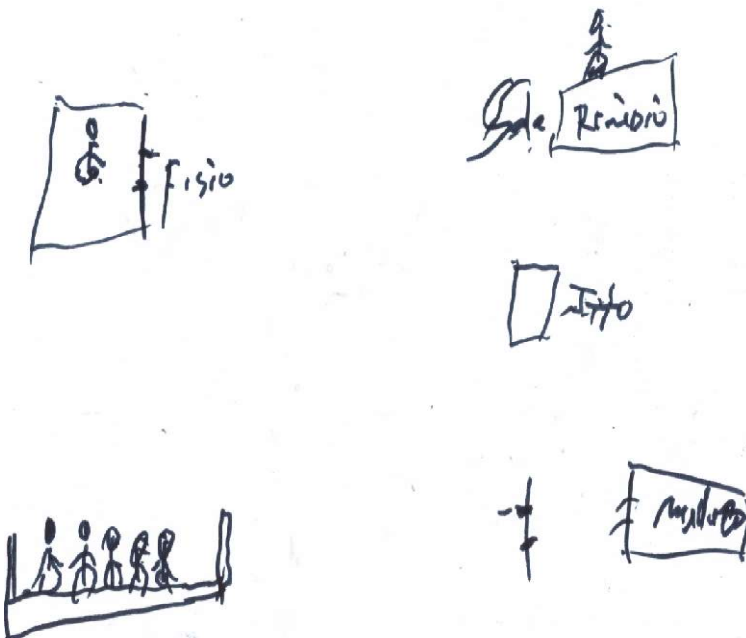
E16



E17



E18



E19



ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE: representações sociais de usuários

Pesquisador: Fabiana Porto Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57532916.8.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Estadual de Feira de Santana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.712.962

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo como orientadora a Dr.^a Evanilda Souza de Santana Carvalho. A pesquisadora busca Conhecer a representação social dos usuários a respeito do acolhimento e caracterizar o acolhimento do Programa de Hanseníase. De acordo com a autora, "o estudo tem sua relevância principalmente por ser um agravo negligenciado e que necessita de estudos que venham aprimorar ainda mais os contextos subjetivos da doença. Principalmente em valorizar a fala deste usuário acerca do acolhimento que ele vivencia ao se deparar com os serviços de saúde. Contribui também para a construção do conhecimento acerca do acolhimento a esse grupo específico de pessoas; além de possibilitar a reflexão dos trabalhadores envolvidos na pesquisa sobre o seu fazer". Projeto pag. 09).

O estudo é de abordagem qualitativa. Será realizado no Centro de Referência para Hanseníase, situado no Centro de Saúde Especializado Dr. Leone Leda Coelho (CSE) no município de Feira de Santana – BA. Os participantes da pesquisa serão os usuários, pessoas atendidas no serviço de Hanseníase, com idade maior ou igual a 18 anos que esteja em tratamento para hanseníase e / ou em tratamento de reações hansênicas no centro de referência por, no mínimo, seis meses e que

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

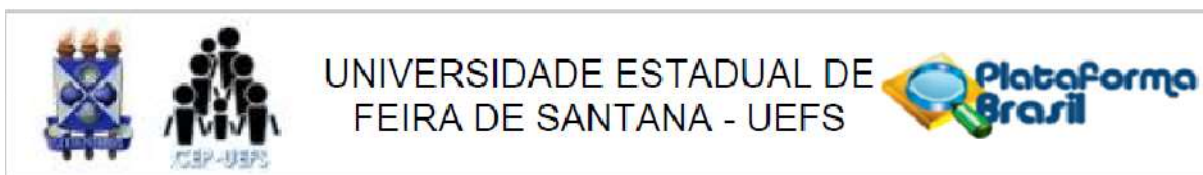
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.712.962

resida no município de Feira de Santana – BA.

Os dados serão coletados através de: Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), procedimento de Desenhos-Estória com Tema e a observação estruturante. Toda coleta dos dados será gravada mediante consentimento dos participantes. “À análise dos desenhos, será utilizado o modelo proposto por Coutinho (2005) que consiste em observação sistemática dos desenhos e temas; seleção dos desenhos por semelhança gráfica e/ou aproximação dos temas. Os materiais discursivos oriundos das histórias e inquéritos serão categorizados por meio da análise de conteúdo temática, de Bardin (Projeto pag.21).

Consta um orçamento no valor de R\$ R\$ 13.500,00 e informa contrapartida da UEFS. O cronograma apresentado no projeto esta atualizado incluindo retorno ao CEP, retorno social aos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apreender as representações de usuários acerca do acolhimento no Programa da Hanseníase no município de Feira de Santana – BA.

Objetivo Secundário:

Conhecer a representação social dos usuários a respeito do acolhimento e caracterizar o acolhimento do Programa de Hanseníase na perspectiva dos usuários. (informações básicas p.4)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora avalia de forma clara os riscos como sendo Constrangimento, o estigma e a discriminação, que tomara todas as providencias para minimiza-lo. Quanto aos benefícios "Dentre os benefícios destacamos que este estudo permitirá a valorização da opinião e vivencias dos usuários do serviço, para a construção de novos conhecimentos sobre como ocorre o acolhimento, além de possibilitar reflexões e avaliação sobre os serviços oferecidos às pessoas com hanseníase."(informações básicas p. 4 e TCLE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa é relevante do ponto de vista acadêmico e social/cultural, em especial para

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.712.962

o retorno social aos participantes. Apresenta viabilidade ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos exigidos foram apresentados de forma adequada inclusive todos os formulários necessários para realização da pesquisa, conforme a resolução 466/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_751818.pdf	25/08/2016 20:44:22		Aceito
Outros	Oficiopendencia.pdf	25/08/2016 20:43:35	Fabiana Porto Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP2.pdf	25/08/2016 20:38:14	Fabiana Porto Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma1.pdf	25/08/2016 20:35:59	Fabiana Porto Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	25/08/2016 20:35:02	Fabiana Porto Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2016 15:24:42	Fabiana Porto Silva	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.712.962

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	04/07/2016 15:24:17	Fabiana Porto Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/07/2016 15:23:57	Fabiana Porto Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaofabiana.pdf	04/07/2016 15:22:40	Fabiana Porto Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoevafabiana.pdf	04/07/2016 15:22:19	Fabiana Porto Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoevaefabiana.pdf	04/07/2016 15:21:53	Fabiana Porto Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoeva.pdf	04/07/2016 15:21:30	Fabiana Porto Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaosms.pdf	04/07/2016 15:20:44	Fabiana Porto Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/07/2016 15:15:47	Fabiana Porto Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.PDF	04/07/2016 15:14:24	Fabiana Porto Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 05 de Setembro de 2016

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

ANEXO C - Ofício de autorização da Instituição para realização da pesquisa

Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente

E-mail: edupermanentesms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana, 04 de Julho de 2016.

DA: Seção de Capacitação Permanente SMS
PARA: Vigilância Epidemiológica SMS/CSE - Hanseníase
ATT: Dr^a Francisca Lúcia
C/C: Comitê de Ética em Pesquisa - UEFS

Tipo: Encaminhamento Acadêmico/TCC/Monografia/Mestrado

Informamos que se encontra autorizado a pesquisa com coleta de dados no Centro de Referência – CSE/Hanseníase, tendo como tema de Pesquisa: ***“Acolhimento no Programa de Controle da Hanseníase: Representações sociais de usuários”***, por: *Fabiana Porto Silva*, mestranda, pela UEFS. Em tempo informamos que a pesquisa só terá início após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UEFS.

Atenciosamente,


Ariella Carla Covas
Coord. da Seção de Capacitação Permanente